

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Modelos conceptuales, metodología. lenguaje estandarizado y su  
relación con el asociacionismo científico en enfermería**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Silvia Arranz Alonso**

Directores

Jorge Diz Gómez  
Alfonso Meneses Monroy

**Madrid, 2015**

TESIS DOCTORAL

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
FACULTAD DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA Y  
PODOLOGÍA

---

**MODELOS CONCEPTUALES,  
METODOLOGÍA, LENGUAJE  
ESTANDARIZADO Y SU RELACIÓN  
CON EL ASOCIACIONISMO  
CIENTÍFICO EN ENFERMERÍA**

---



---

Madrid, 2015

**DIRECCIÓN:**

Prof. Dr. D. Jorge Diz Gómez

Prof. Dr. D. Alfonso Meneses Monroy

---

**SILVIA ARRANZ ALONSO**



## **AGRADECIMIENTOS**

Para Aki, por tu apoyo en estos años de mi andadura como doctoranda. Siempre supiste que era capaz y me animaste a seguir adelante.

También me gustaría mencionar a mis padres, Antonio y Ángeles, a mi hermana Lucía y a mis sobrinas Camila e Isabel.

Y por último, aprovecho para agradecer a Nanda-International Foundation por su beca de investigación para este proyecto y a mis directores de Tesis los Doctores Alfonso Meneses y Jorge Diz.





## RESUMEN

**OBJETIVOS:** Desarrollar un análisis descriptivo del grado de utilización de los modelos conceptuales, proceso enfermero y lenguaje estandarizado de los enfermeros en España en función de su pertenencia a una sociedad científica. Conocer el grado de utilización de los estas herramientas enfermeras que están llevando a cabo los profesionales españoles, en función de su campo de actuación. Valorar la opinión, en relación a la utilidad y elección, de los enfermeros sobre los modelos conceptuales de enfermería, proceso enfermero y lenguaje enfermero estandarizado que existe en la actualidad. Analizar la opinión de los participantes sobre el desarrollo de modelos conceptuales, planes de cuidados y lenguaje estandarizado más específicos para su campo de actuación profesional. Estudiar la relación entre la utilización de estas herramientas con la antigüedad laboral de los profesionales encuestados. Determinar el grado de conocimiento sobre los sistemas de clasificación de diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros, modelos conceptuales y PE de los enfermeros participantes en este proyecto.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo (2011-2014) con encuesta validada (análisis multifactorial, técnica Delphi y muestra de conveniencia) Tratamiento de datos SAS versión 9.3.

**RESULTADOS:** N=715 enfermeras voluntarias (79% mujeres/21% hombres) Tasa máxima de respuesta: 30,07%. Edad media de 43 años (+/- 10,76) y antigüedad de 14 años (+/- 10,86). 63,78% de las enfermeras son miembros de una sociedad científica. La enfermería médico-quirúrgica cuenta con el mayor número de participantes (29,79%), seguido por la enfermería de familia y comunitaria (27,41%). Las enfermeras que participan en contextos científicos utilizan con más frecuencia los diagnósticos, intervenciones y clasificaciones enfermeras que los no miembros (p. valor <0.05). También tienen más formación específica en estas materias. No existe relación entre el asociacionismo científico y el nivel de conocimiento y el grado de utilidad conferido a estas materias (p. valor >0.05) Existe una relación entre el grado de utilización y el campo de ejercicio profesional (p. valor <0.05) Los enfermeros de familia y comunitaria usan los modelos conceptuales, los planes estandarizados de cuidados y el lenguaje enfermero con más frecuencia que los profesionales que ejercen en contextos de diagnóstico por imagen o enfermería del trabajo.

**CONCLUSIONES:** Existe una mayor tendencia a utilizar el proceso enfermero, los diagnósticos de enfermería, los sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras, a formular resultados y a tener formación específica en materia de modelos conceptuales, taxonomías y metodología enfermera entre los enfermeros miembros de sociedades científicas españolas. En cambio, el asociacionismo científico de los profesionales no implica una mayor tendencia al registro de los cuidados, empleo de los sistemas de clasificación de resultados enfermeros ni modelos conceptuales de enfermería. El motivo principal de los enfermeros que pertenecen a una sociedad científica para no emplear los modelos conceptuales de enfermería, el lenguaje enfermero y los planes estandarizados de cuidados, es que son poco específicos para su ámbito profesional y entre los profesionales no asociados es la falta de práctica. Existe una marcada relación entre el campo de ejercicio profesional y la utilización del lenguaje estandarizado, los modelos conceptuales y la metodología enfermera. Los profesionales que ejercen en el área familiar y comunitaria son los que más los emplean y los enfermeros del trabajo y de diagnóstico por imagen, los que lo hacen en menor medida. Los enfermeros con mayor antigüedad laboral son los que más utilizan los modelos conceptuales de enfermería, planes estandarizados de cuidados y lenguajes enfermeros en su práctica diaria. El nivel de conocimientos de los encuestados en materia de modelos conceptuales de enfermería, proceso enfermero y lenguaje estandarizado es clasificado entre “regular” y “bueno” por la mayoría de los profesionales. Este nivel de conocimiento no se ve influenciado por la pertenencia a una sociedad científica. Es necesario realizar futuras investigaciones desde un enfoque cualitativo que complementen nuestros hallazgos y conclusiones.

#### ABSTRACT

**PURPOSE:** To develop a descriptive analysis of the utilization degree of conceptual models,, nursing process and standardized language, conducted by nurses in Spain related to scientific association membership. To know the degree of utilization of standardized care planes, the nursing language and conceptual models that are pursuing nurses in Spain, depending on their occupational field. Value the opinion, concerning to usefulness and choice of nurses on conceptual models of nursing, nursing process and standardized nursing language existing today. Analyze the feedback from participants on the development of more specific nursing

language, care plans and conceptual models for their occupational context. To study if there is a relationship between seniority of participants and the level of use of these standardized nursing languages, nursing process and standardized care plans. Determine the level of knowledge about standardized nursing language, conceptual models and nursing process by nurses that have participated as volunteers in this project.

**DESIGN:** Descriptive study conducted from 2011 to 2014 with a validated survey. Data processing was done with SAS version 9.3.

**RESULTS:** 715 nurses have participated as volunteers (79% women/21% males) Highest participation rate: 30.07%. Average age is 43 years old ( $\pm 10.76$ ) and seniority of 14 years ( $\pm 10.86$ ). 63.78% of nurses are members of a scientific society. The field of medical-surgical nursing gives the greatest number of participants in this project (29.79%), followed by community health nursing context (27.41%). Nurses that participate in scientific contexts use more often nursing diagnoses, process and intervention classifications than non-members ( $p$ -value  $<0.05$ ) They also have more specific training in these fields. We cannot affirm that nurses who are members of scientific associations have a better level of knowledge and usefulness degree than nurses that are not members ( $p$ -value  $>0.05$ ) There is a relationship between the level of use of these tools and the occupational field of nurses ( $p$ -value  $<0.05$ ) Community health nurses use them more often than nurses working in radiology or occupational health nursing.

**CONCLUSIONS:** There is a greater tendency to use the nursing process, nursing diagnosis and interventions, formulate results and have specific training in conceptual models, taxonomies and nursing methodology between nurses that are members of scientific societies. However, being a member does not imply a greater tendency to record interventions, use nursing results or conceptual models. The main reason for associate nurses not to use conceptual models, nursing language and standardized care plans is that they are not very specific to their field and among not associated nurses is the lack of practice. There is a strong relationship between the field and the use of standardized language, conceptual models and nursing methodology. Professionals working in the community employ them more and occupational health and radiotherapy nurses, less. Nurses with greater seniority use more conceptual models,

standardized nursing languages and care plans in their daily practice. The level of knowledge of respondents on conceptual models, nursing process and standardized language is classified between "regular" and "good" for most professionals. This level of knowledge is not influenced by membership in a scientific society. Further research from a qualitative approach is necessary to complement our findings and conclusions.

## INDICE

<b>1 INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMERÍA.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 METODOLOGÍA ENFERMERA .....</b>	<b>6</b>
<b>1.3 LENGUAJES ENFERMEROS ESTANDARIZADOS.....</b>	<b>9</b>
1.3.1 CLASIFICACIONES DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS .....	9
1.3.2 CLASIFICACIONES DE RESULTADOS ENFERMEROS.....	14
1.3.3 CLASIFICACIONES DE INTERVENCIONES ENFERMERAS .....	15
<b>1.4 ASOCIACIONISMO EN ENFERMERÍA.....</b>	<b>17</b>
<b>1.5 MODELOS CONCEPTUALES, METODOLOGÍA Y LENGUAJE ESTANDARIZADO EN DISTINTOS CONTEXTOS DE LA ENFERMERÍA.....</b>	<b>21</b>
1.5.1 ENFERMERÍA DEL TRABAJO .....	21
1.5.2 ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO MÉDICO QUIRÚRGICO .....	23
1.5.3 ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA .....	31
<b>2 JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....</b>	<b>35</b>
<b>2.1 JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>37</b>
<b>2.2 HIPÓTESIS .....</b>	<b>38</b>
<b>2.3 OBJETIVOS .....</b>	<b>39</b>
2.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	39
2.3.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS.....	39

<b>3</b>	<b>METODOLOGÍA.....</b>	<b>41</b>
<b>3.1</b>	<b>DISEÑO DEL ESTUDIO.....</b>	<b>43</b>
<b>3.2</b>	<b>POBLACIÓN .....</b>	<b>43</b>
<b>3.3</b>	<b>INSTRUMENTO DE MEDIDA .....</b>	<b>47</b>
3.3.1	ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA .....	47
3.3.2	VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA .....	48
3.3.2.1	VALIDACIÓN EN LA PRIMERA FASE DE LA INVESTIGACIÓN .....	48
3.3.2.1.1	FASE PRELIMINAR.....	49
3.3.2.1.2	FASE EXPLORATORIA .....	50
3.3.2.1.3	FASE FINAL.....	50
3.3.2.2	VALIDACIÓN EN LA SEGUNDA FASE DE LA INVESTIGACIÓN .....	50
<b>3.4</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS.....</b>	<b>53</b>
<b>3.5</b>	<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS .....</b>	<b>55</b>
<b>3.6</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODO ESTADÍSTICO .....</b>	<b>56</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>59</b>
<b>4.1</b>	<b>RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA .....</b>	<b>61</b>
4.1.1	RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN EN LA PRIMERA FASE DE LA INVESTIGACIÓN .....	61
4.1.1.1	FASE PRELIMINAR.....	61
4.1.1.2	FASE EXPLORATORIA .....	61
4.1.1.3	FASE FINAL.....	62
4.1.2	RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN EN LA SEGUNDA FASE DE LA INVESTIGACIÓN .....	63
4.1.2.1	FASE PRELIMINAR.....	63
4.1.2.2	FASE EXPLORATORIA .....	63

4.1.2.3 FASE FINAL.....	63
4.1.2.4 PERTINENCIA PARA LA INVESTIGACIÓN .....	63
4.1.2.5 CLARIDAD EN LA PREGUNTA .....	64
4.1.2.6 APLICABILIDAD PARA LA SOCIEDAD CIENTÍFICA .....	64
4.1.2.7 TIEMPO INVERTIDO EN REALIZAR LA ENCUESTA .....	64
<b>4.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO .....</b>	<b>67</b>
<b>4.3 MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMERÍA .....</b>	<b>70</b>
<b>4.4 NIVEL DE CONOCIMIENTOS .....</b>	<b>71</b>
<b>4.5 GRADO DE UTILIZACIÓN .....</b>	<b>72</b>
<b>4.6 LENGUAJE ENFERMERO ESTANDARIZADO .....</b>	<b>73</b>
<b>4.7 CAUSA DE NO UTILIZACIÓN .....</b>	<b>75</b>
<b>4.8 UTILIDAD .....</b>	<b>75</b>
<b>4.9 OPINIÓN .....</b>	<b>76</b>
<b>4.10 RELACIÓN ENTRE LA PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA (SSCC) Y OTRAS</b>	
<b>VARIABLES .....</b>	<b>77</b>
4.10.1 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y GRADO DE UTILIZACIÓN .....	77
4.10.1.1 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y MODELO CONCEPTUAL .....	78
4.10.1.1.1 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y MODELO CONCEPTUAL ESTUDIADO ...	78
4.10.1.1.2 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y MODELO CONCEPTUAL ACTUAL .....	80
4.10.1.1.3 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y MODELO DE ELECCIÓN .....	81
4.10.1.2 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y DIAGNÓSTICOS ENFERMERÍA .....	83
4.10.1.3 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y REGISTRO ACTUACIONES.....	84
4.10.1.4 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA .....	85



4.10.1.5	PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y FORMULACIÓN DE RESULTADOS.....	85
4.10.1.6	PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y PROCESO ENFERMERO .....	86
4.10.1.7	PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y RESULTADOS DE ENFERMERÍA .....	87
4.10.2	PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y UTILIDAD .....	87
4.10.3	PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y LENGUAJE ESTANDARIZADO SELECCIONADO.....	91
4.10.4	PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y MOTIVO DE NO UTILIZACIÓN .....	93
4.10.5	PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTIFICA Y OPINIÓN .....	97
4.10.6	PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTIFICA Y FORMACIÓN .....	99
4.10.7	PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y CONOCIMIENTOS .....	101
<b>4.11</b>	<b>CAMPO DE ACTUACIÓN PROFESIONAL Y GRADO DE UTILIZACIÓN.....</b>	<b>104</b>
4.11.1	CAMPO DE ACTUACIÓN Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA .....	104
4.11.2	CAMPO DE ACTUACIÓN Y REGISTRO DE ACTUACIONES DE ENFERMERÍA.....	106
4.11.3	CAMPO DE ACTUACIÓN Y UTILIZACIÓN DE CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....	108
4.11.4	CAMPO DE ACTUACIÓN Y FORMULACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA .....	111
4.11.5	CAMPO DE ACTUACIÓN Y UTILIZACIÓN DE CLASIFICACIONES DE RESULTADOS ENFERMEROS.....	113
4.11.6	CAMPO DE ACTUACIÓN Y UTILIZACIÓN DE PEC.....	115
4.11.7	CAMPO DE ACTUACIÓN Y MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMERÍA .....	117
4.11.7.1	CAMPO DE ACTUACIÓN y MODELO CONCEPTUAL ESTUDIADO .....	117
4.11.7.2	CAMPO DE ACTUACION y MODELO CONCEPTUAL ACTUAL.....	118
4.11.7.3	CAMPO DE ACTUACION y MODELO CONCEPTUAL DE ELECCIÓN .....	119
<b>4.12</b>	<b>UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS .....</b>	<b>122</b>
4.12.1	MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA ESTUDIADO DURANTE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA Y MODELO CONCEPTUAL UTILIZADO ACTUALMENTE .....	122

4.12.2	MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA ACTUAL Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS ....	122
4.12.3	UTILIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS ....	125
4.12.4	REGISTRO DE ACTUACIONES DE ENFERMERÍA Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS.....	128
4.12.5	UTILIZACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS .....	131
4.12.6	FORMULACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS ...	133
4.12.7	UTILIZACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS.....	136
4.12.8	UTILIZACIÓN DE PEC Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS .....	139
<b>4.13</b>	<b>UTILIZACIÓN Y ANTIGÜEDAD LABORAL.....</b>	<b>144</b>
<b>4.14</b>	<b>UTILIZACIÓN Y UTILIDAD .....</b>	<b>146</b>
4.14.1	MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA ACTUAL Y GRADO DE UTILIDAD.....	146
4.14.2	UTILIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y UTILIDAD.....	149
4.14.3	REGISTRO DE ACTUACIONES DE ENFERMERÍA Y UTILIDAD .....	152
4.14.4	UTILIZACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y UTILIDAD.....	155
4.14.5	FORMULACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA Y UTILIDAD .....	157
4.14.6	UTILIZACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA Y UTILIDAD.....	160
4.14.7	UTILIZACIÓN DE PEC Y UTILIDAD.....	162
<b>5</b>	<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>167</b>
<b>5.1</b>	<b>DISCUSIÓN DE LA METODOLOGÍA.....</b>	<b>169</b>
<b>5.2</b>	<b>DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>175</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>191</b>

---

<b>7 ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS .....</b>	<b>195</b>
<b>ANEXO A: ENCUESTA .....</b>	<b>199</b>
<b>ANEXO B: VARIABLES.....</b>	<b>215</b>
<b>ANEXO C: TABLAS VALIDACIÓN INSTRUMENTO DE MEDIDA .....</b>	<b>221</b>
<b>ANEXO D: CERTIFICADO COLABORACIÓN AET .....</b>	<b>235</b>
<b>ANEXO E: CERTIFICADO COLABORACIÓN AEC .....</b>	<b>239</b>
<b>ANEXO F: CERTIFICADO COLABORACIÓN SEEOF .....</b>	<b>243</b>
<b>ANEXO G: CERTIFICADO COLABORACIÓN AEETO .....</b>	<b>247</b>
<b>ANEXO H: CERTIFICADO COLABORACIÓN SEER .....</b>	<b>251</b>
<b>ANEXO I: CERTIFICADO COLABORACIÓN ÁREA DE ENFERMERÍA RESPIRATORIA SEPAR .....</b>	<b>255</b>
<b>ANEXO J: CERTIFICADO COLABORACIÓN ADENYD .....</b>	<b>259</b>
<b>ANEXO K: CERTIFICADO COLABORACIÓN S.E.D.E. ....</b>	<b>263</b>
<b>ANEXO L: CERTIFICADO COLABORACIÓN SEEN .....</b>	<b>267</b>
<b>ANEXO M: CERTIFICADO COLABORACIÓN AEEN .....</b>	<b>271</b>

---

---

<b>ANEXO N: CERTIFICADO COLABORACIÓN AEEED .....</b>	<b>275</b>
--	------------

<b>ANEXO O: BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>279</b>
-----------------------------------	------------



## INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. APLICACIÓN PRÁCTICA DEL MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA .....	6
FIGURA 2. JUICIO CLÍNICO Y FASES DEL PROCESO ENFERMERO.....	8
FIGURA 3. FASES DE LA TÉCNICA DELPHI .....	48
FIGURA 4. BANNER PARA PÁGINAS WEB DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS.....	55
FIGURA 5. SEXO .....	67
FIGURA 6. CORRELACIÓN ENTRE EDAD Y ANTIGÜEDAD LABORAL.....	68
FIGURA 7. SOCIEDAD CIENTÍFICA .....	69
FIGURA 8. NIVELES DE CONOCIMIENTO .....	71
FIGURA 9. GRADOS DE UTILIZACIÓN .....	72
FIGURA 10. LENGUAJES ENFERMEROS ESTANDARIZADOS QUE ESCOGERÍA.....	74
FIGURA 11. MOTIVOS DE NO UTILIZACIÓN .....	75
FIGURA 12. GRADO DE UTILIDAD .....	76

---

<b>FIGURA 13. ÍNDICE DE OPINIÓN.....</b>	<b>77</b>
<b>FIGURA 14. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y FORMACIÓN.....</b>	<b>100</b>

## INDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1. MODELOS CONCEPTUALES, METODOLOGÍA Y LENGUAJE ESTANDARIZADO EN ENFERMERÍA DEL TRABAJO .....</b>	<b>23</b>
<b>TABLA 2. MODELOS CONCEPTUALES, METODOLOGÍA Y LENGUAJE ESTANDARIZADO EN ENFERMERÍA RESPIRATORIA .....</b>	<b>25</b>
<b>TABLA 3. MODELOS CONCEPTUALES, METODOLOGÍA Y LENGUAJE ESTANDARIZADO EN ENFERMERÍA RADIOLÓGICA .....</b>	<b>28</b>
<b>TABLA 4. MODELOS CONCEPTUALES, METODOLOGÍA Y LENGUAJE ESTANDARIZADO EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA.....</b>	<b>33</b>
<b>TABLA 5. SOCIEDADES CIENTÍFICAS CONTACTADAS .....</b>	<b>44</b>
<b>TABLA 6. SOCIEDADES CIENTÍFICAS PARTICIPANTES .....</b>	<b>46</b>
<b>TABLA 7. SOCIEDADES CIENTÍFICAS PARTICIPANTES Y NÚMEROS DE SOCIOS .....</b>	<b>54</b>
<b>TABLA 8. GRADO DE FIABILIDAD .....</b>	<b>66</b>
<b>TABLA 9. SEXO .....</b>	<b>67</b>
<b>TABLA 10. EDAD .....</b>	<b>68</b>



<b>TABLA 11. ANTIGÜEDAD LABORAL .....</b>	<b>68</b>
<b>TABLA 12. CAMPO DE ACTUACIÓN.....</b>	<b>69</b>
<b>TABLA 13. MODELO CONCEPTUAL.....</b>	<b>70</b>
<b>TABLA 14. LENGUAJES ENFERMEROS ESTANDARIZADOS UTILIZADOS I ...</b>	<b>73</b>
<b>TABLA 15. LENGUAJES ENFERMEROS ESTANDARIZADOS UTILIZADOS II..</b>	<b>73</b>
<b>TABLA 16. TIPO DE DIAGNÓSTICO TAXONOMÍA NANDA-II MÁS UTILIZADO.....</b>	<b>73</b>
<b>TABLA 17. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y EL MODELO CONCEPTUAL ESTUDIADO DURANTE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA.....</b>	<b>79</b>
<b>TABLA 18. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y EL MODELO CONCEPTUAL ESTUDIADO DURANTE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA (SI/NO) .....</b>	<b>79</b>
<b>TABLA 19. RELACIÓN ENTRE LA PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y EL MODELO CONCEPTUAL ESTUDIADO DURANTE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA (SI/NO)(CONTRASTE) .....</b>	<b>80</b>
<b>TABLA 20. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y EL MODELO CONCEPTUAL ACTUAL .....</b>	<b>80</b>

---

<b>TABLA 21. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y EL MODELO CONCEPTUAL ACTUAL (SI/NO).....</b>	<b>81</b>
<b>TABLA 22. RELACIÓN ENTRE PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y EL MODELO CONCEPTUAL ACTUAL (CONTRASTE) .....</b>	<b>81</b>
<b>TABLA 23. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y EL MODELO CONCEPTUAL DE ELECCIÓN .....</b>	<b>81</b>
<b>TABLA 24. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y EL MODELO CONCEPTUAL DE ELECCIÓN (SI/NO) .....</b>	<b>82</b>
<b>TABLA 25. RELACIÓN ENTRE PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y EL MODELO CONCEPTUAL DE ELECCIÓN (CONTRASTE) .....</b>	<b>82</b>
<b>TABLA 26. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y LOS MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMERÍA. RESUMEN.....</b>	<b>83</b>
<b>TABLA 27. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y UTILIZACIÓN I</b>	<b>83</b>
<b>TABLA 28. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y UTILIZACIÓN II.....</b>	<b>84</b>
<b>TABLA 29. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y UTILIZACIÓN III.....</b>	<b>85</b>

---

<b>TABLA 30. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y UTILIZACIÓN</b>	
<b>IV.....</b>	<b>85</b>
<b>TABLA 31. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y UTILIZACIÓN</b>	
<b>V.....</b>	<b>86</b>
<b>TABLA 32. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y UTILIZACIÓN</b>	
<b>VI.....</b>	<b>87</b>
<b>TABLA 33. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y UTILIDAD I.....</b>	
	<b>88</b>
<b>TABLA 34. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y UTILIDAD II ....</b>	
	<b>88</b>
<b>TABLA 35. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y UTILIDAD III...</b>	
	<b>89</b>
<b>TABLA 36. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y UTILIDAD IV ...</b>	
	<b>89</b>
<b>TABLA 37. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y UTILIDAD V.....</b>	
	<b>90</b>
<b>TABLA 38. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y UTILIDAD.</b>	
<b>RESUMEN .....</b>	<b>90</b>
<b>TABLA 39. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y LENGUAJE</b>	
<b>ENFERMERO ESTANDARIZADO SELECCIONADO I.....</b>	<b>91</b>
<b>TABLA 40. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y LENGUAJE</b>	
<b>ENFERMERO ESTANDARIZADO SELECCIONADO II .....</b>	<b>92</b>

---

<b>TABLA 41. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y LENGUAJE ENFERMERO ESTANDARIZADO SELECCIONADO III .....</b>	<b>92</b>
<b>TABLA 42. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y LENGUAJE ESTANDARIZADO SELECCIONADO. RESUMEN. ....</b>	<b>93</b>
<b>TABLA 43. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y MOTIVO DE NO UTILIZACIÓN I.....</b>	<b>94</b>
<b>TABLA 44. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y MOTIVO DE NO UTILIZACIÓN II .....</b>	<b>94</b>
<b>TABLA 45. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y MOTIVO DE NO UTILIZACIÓN III.....</b>	<b>94</b>
<b>TABLA 46. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y MOTIVO DE NO UTILIZACIÓN IV .....</b>	<b>95</b>
<b>TABLA 47. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y MOTIVO DE NO UTILIZACIÓN V.....</b>	<b>95</b>
<b>TABLA 48. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y MOTIVO DE NO UTILIZACIÓN VI.....</b>	<b>96</b>
<b>TABLA 49. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y MOTIVO DE NO UTILIZACIÓN. RESUMEN.....</b>	<b>96</b>

---

<b>TABLA 50. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y OPINIÓN I .....</b>	<b>97</b>
<b>TABLA 51. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y OPINIÓN II.....</b>	<b>98</b>
<b>TABLA 52. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y OPINIÓN III .....</b>	<b>98</b>
<b>TABLA 53. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y OPINIÓN IV.....</b>	<b>98</b>
<b>TABLA 54. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y OPINIÓN V .....</b>	<b>99</b>
<b>TABLA 55. RELACIÓN ENTRE PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y FORMACIÓN (CONTRASTE) .....</b>	<b>100</b>
<b>TABLA 56. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y CONOCIMIENTOS I.....</b>	<b>101</b>
<b>TABLA 57. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y CONOCIMIENTOS II.....</b>	<b>102</b>
<b>TABLA 58. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y CONOCIMIENTOS III.....</b>	<b>102</b>
<b>TABLA 59. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y CONOCIMIENTOS IV.....</b>	<b>103</b>
<b>TABLA 60. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y CONOCIMIENTOS V.....</b>	<b>103</b>

---

<b>TABLA 61. PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA Y</b>	
<b>CONOCIMIENTOS. RESUMEN.....</b>	<b>104</b>
<b>TABLA 62. UTILIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y CAMPO DE</b>	
<b>ACTUACIÓN I .....</b>	<b>105</b>
<b>TABLA 63. UTILIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y CAMPO DE</b>	
<b>ACTUACIÓN II.....</b>	<b>105</b>
<b>TABLA 64. UTILIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (SI/NO) Y</b>	
<b>CAMPO DE ACTUACIÓN.....</b>	<b>106</b>
<b>TABLA 65. RELACIÓN ENTRE UTILIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE</b>	
<b>ENFERMERÍA (SI/NO) Y CAMPO DE ACTUACIÓN (CONTRASTE) .....</b>	<b>106</b>
<b>TABLA 66. REGISTRO DE ACTUACIONES Y CAMPO DE ACTUACIÓN I.....</b>	
	<b>107</b>
<b>TABLA 67. REGISTRO DE ACTUACIONES Y CAMPO DE ACTUACIÓN II .....</b>	
	<b>107</b>
<b>TABLA 68. REGISTRO DE ACTUACIONES (SÍ/NO) Y CAMPO DE</b>	
<b>ACTUACIÓN.....</b>	<b>108</b>
<b>TABLA 69. RELACIÓN ENTRE REGISTRO DE ACTUACIONES (SÍ/NO) Y</b>	
<b>CAMPO DE ACTUACIÓN (CONTRASTE).....</b>	<b>108</b>
<b>TABLA 70. UTILIZACIÓN DE CLASIFICACIONES DE ENFERMERÍA Y CAMPO</b>	
<b>DE ACTUACIÓN I.....</b>	<b>109</b>

---

<b>TABLA 71. UTILIZACIÓN DE CLASIFICACIONES DE ENFERMERÍA Y CAMPO DE ACTUACIÓN II .....</b>	<b>110</b>
<b>TABLA 72. UTILIZACIÓN DE CLASIFICACIONES DE ENFERMERÍA (SÍ/NO) Y CAMPO DE ACTUACIÓN.....</b>	<b>110</b>
<b>TABLA 73. RELACIÓN ENTRE UTILIZACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (SÍ/NO) Y CAMPO DE ACTUACIÓN.....</b>	<b>111</b>
<b>TABLA 74. FORMULACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA Y CAMPO DE ACTUACIÓN I .....</b>	<b>111</b>
<b>TABLA 75. FORMULACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA Y CAMPO DE ACTUACIÓN II.....</b>	<b>112</b>
<b>TABLA 76. FORMULACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (SÍ/NO) Y CAMPO DE ACTUACIÓN.....</b>	<b>112</b>
<b>TABLA 77. RELACIÓN ENTRE FORMULACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (SÍ/NO) Y CAMPO DE ACTUACIÓN (CONTRASTE) .....</b>	<b>113</b>
<b>TABLA 78. UTILIZACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ENFERMEROS Y CAMPO DE ACTUACIÓN I.....</b>	<b>113</b>
<b>TABLA 79. UTILIZACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ENFERMEROS Y CAMPO DE ACTUACIÓN II.....</b>	<b>114</b>

---

<b>TABLA 80. UTILIZACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ENFERMEROS (SÍ/NO) Y CAMPO DE ACTUACIÓN .....</b>	<b>114</b>
<b>TABLA 81. RELACIÓN ENTRE UTILIZACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ENFERMEROS (SÍ/NO) Y CAMPO DE ACTUACIÓN (CONTRASTE) .....</b>	<b>115</b>
<b>TABLA 82. UTILIZACIÓN DE PEC Y CAMPO DE ACTUACIÓN I .....</b>	<b>115</b>
<b>TABLA 83. UTILIZACIÓN DE PEC Y CAMPO DE ACTUACIÓN II .....</b>	<b>116</b>
<b>TABLA 84. UTILIZACIÓN DE PEC (SÍ/NO) Y CAMPO DE ACTUACIÓN .....</b>	<b>116</b>
<b>TABLA 85. RELACIÓN ENTRE UTILIZACIÓN DE PEC (SÍ/NO) Y CAMPO DE ACTUACIÓN (CONTRASTE) .....</b>	<b>117</b>
<b>TABLA 86. CAMPO DE ACTUACIÓN Y MODELO CONCEPTUAL ESTUDIADO .....</b>	<b>117</b>
<b>TABLA 87. CAMPO DE ACTUACIÓN Y MODELO CONCEPTUAL ACTUAL ....</b>	<b>118</b>
<b>TABLA 88. CAMPO DE ACTUACIÓN Y MODELO CONCEPTUAL DE ELECCIÓN .....</b>	<b>120</b>
<b>TABLA 89. CAMPO DE ACTUACIÓN PROFESIONAL Y GRADO DE UTILIZACIÓN. RESUMEN .....</b>	<b>120</b>

---



<b>TABLA 90. MODELO CONCEPTUAL ACTUAL Y ESTUDIADO EN LA UNIVERSIDAD .....</b>	<b>122</b>
<b>TABLA 91. MODELO ACTUAL UTILIZADO Y GRADO DE CONOCIMIENTOS I.....</b>	<b>122</b>
<b>TABLA 92. MODELO ACTUAL UTILIZADO Y GRADO DE CONOCIMIENTOS II.....</b>	<b>123</b>
<b>TABLA 93. MODELO ACTUAL UTILIZADO Y GRADO DE CONOCIMIENTOS III.....</b>	<b>124</b>
<b>TABLA 94. MODELO ACTUAL UTILIZADO Y GRADO DE CONOCIMIENTOS IV.....</b>	<b>124</b>
<b>TABLA 95. MODELO ACTUAL UTILIZADO Y GRADO DE CONOCIMIENTOS V.....</b>	<b>125</b>
<b>TABLA 96. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: DIAGNÓSTICOS I.....</b>	<b>125</b>
<b>TABLA 97. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: DIAGNÓSTICOS II .....</b>	<b>126</b>
<b>TABLA 98. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: DIAGNÓSTICOS III .....</b>	<b>126</b>
<b>TABLA 99. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: DIAGNÓSTICOS IV.....</b>	<b>127</b>
<b>TABLA 100. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: DIAGNÓSTICOS V.....</b>	<b>127</b>

---

<b>TABLA 101. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: REGISTRA ACTUACIONES</b>	
<b>I.....</b>	<b>128</b>
 <b>TABLA 102. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: REGISTRA ACTUACIONES</b>	
<b>II.....</b>	<b>129</b>
 <b>TABLA 103. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: REGISTRA ACTUACIONES</b>	
<b>III.....</b>	<b>130</b>
 <b>TABLA 104. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: REGISTRA ACTUACIONES</b>	
<b>IV.....</b>	<b>130</b>
 <b>TABLA 105. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: REGISTRA ACTUACIONES</b>	
<b>V.....</b>	<b>130</b>
 <b>TABLA 106. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: CLASIFICACIÓN DE</b>	
<b>INTERVENCIONES I.....</b>	<b>131</b>
 <b>TABLA 107. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: CLASIFICACIÓN DE</b>	
<b>INTERVENCIONES II .....</b>	<b>132</b>
 <b>TABLA 108. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: CLASIFICACIÓN DE</b>	
<b>INTERVENCIONES III.....</b>	<b>132</b>
 <b>TABLA 109. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: CLASIFICACIÓN DE</b>	
<b>INTERVENCIONES IV .....</b>	<b>133</b>

---

<b>TABLA 110. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES V .....</b>	<b>133</b>
<b>TABLA 111. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: FORMULA RESULTADOS I.....</b>	<b>134</b>
<b>TABLA 112. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: FORMULA RESULTADOS II.....</b>	<b>134</b>
<b>TABLA 113. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: FORMULA RESULTADOS III.....</b>	<b>135</b>
<b>TABLA 114. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: FORMULA RESULTADOS IV.....</b>	<b>135</b>
<b>TABLA 115. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: FORMULA RESULTADOS V.....</b>	<b>136</b>
<b>TABLA 116. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS I .....</b>	<b>137</b>
<b>TABLA 117. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS II.....</b>	<b>137</b>
<b>TABLA 118. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS III .....</b>	<b>138</b>

---

<b>TABLA 119. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS IV.....</b>	<b>138</b>
<b>TABLA 120. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS V .....</b>	<b>139</b>
<b>TABLA 121. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: PEC I.....</b>	<b>140</b>
<b>TABLA 122. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: PEC II .....</b>	<b>140</b>
<b>TABLA 123. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: PEC III.....</b>	<b>141</b>
<b>TABLA 124. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: PEC IV .....</b>	<b>141</b>
<b>TABLA 125. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS: PEC V.....</b>	<b>142</b>
<b>TABLA 126. UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS. RESUMEN. ....</b>	<b>143</b>
<b>TABLA 127. UTILIZACIÓN (SÍ/NO) Y ANTIGÜEDAD LABORAL I .....</b>	<b>144</b>
<b>TABLA 128. UTILIZACIÓN (SÍ/NO) Y ANTIGÜEDAD LABORAL II (CONTINUACIÓN).....</b>	<b>144</b>
<b>TABLA 129. MODELO ACTUAL UTILIZADO Y ANTIGÜEDAD LABORAL I ..</b>	<b>145</b>
<b>TABLA 130. RELACIÓN ENTRE MODELO ACTUAL UTILIZADO Y ANTIGÜEDAD LABORAL II (CONTINUACIÓN) .....</b>	<b>145</b>

---

<b>TABLA 131. UTILIZACIÓN Y ANTIGÜEDAD LABORAL. RESUMEN. ....</b>	<b>146</b>
<b>TABLA 132. MODELO ACTUAL UTILIZADO Y UTILIDAD I.....</b>	<b>146</b>
<b>TABLA 133. MODELO ACTUAL UTILIZADO Y UTILIDAD II .....</b>	<b>147</b>
<b>TABLA 134. MODELO ACTUAL UTILIZADO Y UTILIDAD III.....</b>	<b>148</b>
<b>TABLA 135. MODELO ACTUAL UTILIZADO Y UTILIDAD IV .....</b>	<b>148</b>
<b>TABLA 136. MODELO ACTUAL UTILIZADO Y UTILIDAD V .....</b>	<b>148</b>
<b>TABLA 137. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: DIAGNÓSTICOS I.....</b>	<b>149</b>
<b>TABLA 138. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: DIAGNÓSTICOS II.....</b>	<b>150</b>
<b>TABLA 139. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: DIAGNÓSTICOS III.....</b>	<b>150</b>
<b>TABLA 140. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: DIAGNÓSTICOS IV .....</b>	<b>151</b>
<b>TABLA 141. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: DIAGNÓSTICOS V.....</b>	<b>151</b>
<b>TABLA 142. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: REGISTRA ACTUACIONES I .....</b>	<b>152</b>
<b>TABLA 143. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: REGISTRA ACTUACIONES II.....</b>	<b>153</b>
<b>TABLA 144. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: REGISTRA ACTUACIONES III .....</b>	<b>153</b>
<b>TABLA 145. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: REGISTRA ACTUACIONES IV.....</b>	<b>154</b>

---

<b>TABLA 146. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: REGISTRA ACTUACIONES V .....</b>	<b>154</b>
<b>TABLA 147. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES I.....</b>	<b>155</b>
<b>TABLA 148. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES II .....</b>	<b>155</b>
<b>TABLA 149. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES III.....</b>	<b>156</b>
<b>TABLA 150. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES IV .....</b>	<b>156</b>
<b>TABLA 151. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES V .....</b>	<b>157</b>
<b>TABLA 152. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: FORMULA RESULTADOS I.....</b>	<b>158</b>
<b>TABLA 153. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: FORMULA RESULTADOS II .....</b>	<b>158</b>
<b>TABLA 154. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: FORMULA RESULTADOS III .....</b>	<b>159</b>
<b>TABLA 155. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: FORMULA RESULTADOS IV .....</b>	<b>159</b>
<b>TABLA 156. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: FORMULA RESULTADOS V .....</b>	<b>159</b>

---

<b>TABLA 157. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS</b>	
<b>I.....</b>	<b>160</b>
<b>TABLA 158. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS</b>	
<b>II.....</b>	<b>161</b>
<b>TABLA 159. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS</b>	
<b>III.....</b>	<b>161</b>
<b>TABLA 160. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS</b>	
<b>IV.....</b>	<b>162</b>
<b>TABLA 161. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS</b>	
<b>V.....</b>	<b>162</b>
<b>TABLA 162. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: PEC I.....</b>	<b>163</b>
<b>TABLA 163. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: PEC II .....</b>	<b>163</b>
<b>TABLA 164. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: PEC III.....</b>	<b>164</b>
<b>TABLA 165. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: PEC IV .....</b>	<b>164</b>
<b>TABLA 166. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD: PEC V.....</b>	<b>165</b>
<b>TABLA 167. UTILIZACIÓN Y UTILIDAD. RESUMEN. ....</b>	<b>165</b>

---

<b>TABLA 168. PERTINENCIA. (1= SÍ ES PERTINENTE; 0= NO ES PERTINENTE).....</b>	<b>223</b>
<b>TABLA 169. CLARIDAD (1= CLARIDAD; 0= AUSENCIA DE CLARIDAD) .....</b>	<b>223</b>
<b>TABLA 170. CÁLCULO ÍNDICE DE CORRELACIÓN DE PEARSON (MUESTRA DE CONVENIENCIA) .....</b>	<b>224</b>
<b>TABLA 171. ANÁLISIS DE LA PERTINENCIA .....</b>	<b>224</b>
<b>TABLA 172. ANÁLISIS DE LA CLARIDAD .....</b>	<b>226</b>
<b>TABLA 173. ANÁLISIS DE LA APLICABILIDAD .....</b>	<b>227</b>
<b>TABLA 174. TIEMPO INVERTIDO .....</b>	<b>228</b>
<b>TABLA 175. ANÁLISIS FACTORIAL.....</b>	<b>228</b>
<b>TABLA 176. MATRIZ DE CORRELACIÓN ENTRE ITEMS .....</b>	<b>230</b>
<b>TABLA 177. MATRIZ DE SIGNIFICATIVIDAD DE LOS COEFICIENTES DE CORRELACIÓN.....</b>	<b>231</b>
<b>TABLA 178. MATRIZ DE COMPONENTES ROTADOS .....</b>	<b>233</b>

---





1

# INTRODUCCIÓN



## 1.1 MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMERÍA

Los modelos conceptuales son empleados en distintas disciplinas para explicar los fenómenos y reflejar aspiraciones, creencias y fronteras de los profesionales.<sup>1</sup> Los modelos de enfermería definen la disciplina enfermera y explican su razón de ser, sus principios científicos, filosóficos y sus valores.<sup>2</sup> Son un instrumento que dota a la enfermería de una aproximación sistemática para dispensar los cuidados y para su empleo en el día a día.

El desarrollo de los modelos conceptuales en enfermería comienza cuando la enfermería deja de ser considerada una vocación y pasa a ser entendida como una profesión. Para algunos autores, la historia profesional de la enfermería se origina con Florence Nightingale. Sus cuidados y escritos sobre la práctica enfermera sirvieron para desarrollar las escuelas de enfermería a principios del siglo XX en algunos países y propiciaron que en los años 50 la enfermería pasara a ser entendida como una ciencia.<sup>3</sup> Nightingale centra su atención en el entorno, afirmando que la exposición directa a la luz solar, la ventilación de las estancias y la limpieza, mejora el nivel de salud de los pacientes.<sup>4</sup>

A pesar del avance que supuso para la enfermería la teoría de Florence Nightingale, no será hasta 1950 cuando los enfermeros empezamos a ser conscientes de la falta de marcos teóricos y conexiones conceptuales.<sup>5</sup> Surge la pregunta de si el desarrollo de la enfermería se puede basar en otras disciplinas o, por el contrario, en la propia enfermería. Teniendo en cuenta el desarrollo de los acontecimientos en nuestra profesión, algunos teóricos afirman que la práctica enfermera se basa en la ciencia enfermera.

A partir de este momento comienza el importante desarrollo de teorías de enfermería. Surge el meta-paradigma enfermero, con la persona, el entorno, la salud y la enfermería como conceptos centrales del mismo y aparecen los primeros modelos conceptuales de enfermería que aportan una visión integral de la profesión.

En la actualidad existe una importante variedad de modelos conceptuales en enfermería. Destacan los modelos del Déficit de Autocuidados de Dorothea Orem, el modelo de Adaptación de Callista Roy, el modelo de las Necesidades Básicas de Virginia Henderson, el modelo de

Seres Humanos Unitarios de Martha Rogers<sup>6</sup> y los modelos de Enfermería Transcultural y Cultural.

Dorothea Orem define los autocuidados como actividades deliberadas propias de la persona adulta y el déficit de autocuidado como la función enfermera. La enfermera orienta, enseña, actúa, sostiene física y psicológicamente a la persona que ayuda, promoviendo además un entorno favorable.<sup>7</sup>

Callista Roy entiende la enfermería como una disciplina cuyo propósito es aumentar la capacidad de adaptación de los individuos para mejorar la salud. La persona, la salud, la enfermedad y la enfermería están relacionadas con la adaptación del hombre. La enfermera debe ayudarlo manipulando el entorno para adquirir niveles más elevados de salud y bienestar.

Virginia Henderson considera que la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar a la persona a satisfacer catorce necesidades básicas, universales y comunes a todos los seres humanos. Los cuidados básicos que dispensa la enfermera se adaptan a las necesidades de cada persona y son integrales e individualizados.

El Modelo de Seres Humanos Unitarios de Martha Rogers se basa en cinco modelos teóricos: hombre, hombre adaptado al entorno, la evolución entendida como algo irreversible, el intercambio de materia y energía, así como la capacidad del hombre para sentir, imaginar y abstraerse. La enfermera asiste al individuo promoviendo su interacción armónica con el entorno y potenciando al máximo su nivel de salud.

Conseguir unos profesionales capaces de dispensar unos cuidados culturalmente competentes es el objetivo que persiguen los Modelos de Enfermería Transcultural y Competencia Cultural.<sup>8</sup>

Desde esta visión surge el Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger, el Modelo de Campinha-Bacote<sup>9</sup> y el Modelo de Competencia Cultural de Larry Purnell.

Todos estos modelos buscan que el cuidado de enfermería sea eficiente y culturalmente competente, teniendo en cuenta la diversidad de los pacientes que atendemos y los distintos contextos socio-culturales.

Estos modelos de enfermería y la mayoría que existen en la actualidad, han sido formulados entre los años 70 y 90 impulsados por la necesidad de alejar a la enfermería del modelo biomédico<sup>10</sup>, naciendo en entornos de atención primaria y especializada y basándose por ello en factores similares.<sup>11</sup>

Sin embargo, tras más de 60 años de evolución desde los primeros modelos conceptuales, poco han cambiado y la evidencia de su uso en la práctica es escasa<sup>12</sup>. Esta falta de evidencia sobre su implementación en el día a día de nuestra profesión sigue avivando el debate interno en la enfermería sobre si tiene sentido utilizar los modelos conceptuales o no.

Para algunos autores es indiscutible que los modelos conceptuales aportan un marco teórico necesario para la profesión afirmando que son el sustento del status que como disciplina ocupa la enfermería<sup>13</sup>. Sin embargo, existen detractores que afirman que los modelos enfermeros están llamados a la extinción afirmando que son demasiado generales y contradictorios en la evolución de nuestra profesión.<sup>14 15</sup>

Existen trabajos fuera de nuestras fronteras que ponen de relieve la falta de estudios que aborden la implementación de los modelos conceptuales en la práctica clínica. Estos mismos autores afirman que se está produciendo entre los profesionales un fenómeno denominado modelo en tres etapas: modelo teórico, modelo mental y modelo sustitutivo.<sup>10</sup>

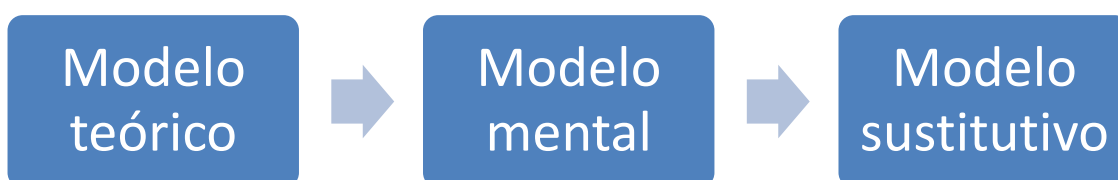
El modelo teórico es lo que se podría definir como el modelo abstracto, general y desarrollado por lo general por una persona, a través de un proceso inductivo y con enfoques deductivos, y presentado como una imagen potencial de la realidad de la enfermería.

El modelo mental es el patrón personal o esquema de la enfermera individual, construido a través de la experiencia personal y conocimientos y representado en la forma en que la enfermería es descrita por el individuo.

Y el modelo sustitutivo o subrogado es una versión funcional del modelo teórico. Se utiliza como una guía en el área clínica y representa un marco o estructura alrededor de la cual las enfermeras pueden recoger datos, comunicarse y la organización puede estandarizar y auditar la práctica clínica.

Investigaciones llevadas a cabo en nuestro país, siguen esta misma línea y afirman que el éxito de la aplicación práctica de un modelo conceptual de enfermería requiere que el profesional conozca el modelo teórico (conjunto de modelos abstractos), reflexione sobre éste (generando un modelo mental) y finalmente lo aplique (modelo sustitutivo). Estos mismos autores ponen de manifiesto que las enfermeras consideran habitualmente utópica su aplicación y cuando realmente se implementan, es a través de un modelo enfermero sustitutivo o subrogado.<sup>16</sup> De esta manera el modelo conceptual abstracto consigue aplicarse más fácilmente en la práctica enfermera, ver Figura 1.

*Figura 1. Aplicación práctica del modelo conceptual de enfermería*



Para algunos autores este proceso supone que sea prácticamente imposible evaluar la implementación de los modelos conceptuales en la práctica clínica, ya que siempre estaremos refiriéndonos al modelo sustitutivo construido por los profesionales y no al modelo teórico.<sup>10</sup>

## 1.2 METODOLOGÍA ENFERMERA

R. ALFARO<sup>17</sup> define el proceso enfermero (PE) como un método sistematizado de brindar cuidados humanistas, centrado en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente.

La creación del PE se remonta a los años 1950-1960 en los Estados Unidos de América y Canadá, encontrando como cimiento la creencia que las actuaciones de enfermería no se encuentran aisladas, sino interrelacionadas como un proceso de continuidad de cuidados en la práctica diaria orientada al paciente.<sup>18</sup>

En 1970, comenzó a generalizarse la implementación del PE en la práctica clínica asistencial y en entornos como Canadá y Estados Unidos, comenzó a reconocerse que el uso del proceso enfermero es una de las responsabilidades de la profesión enfermera.<sup>19</sup>

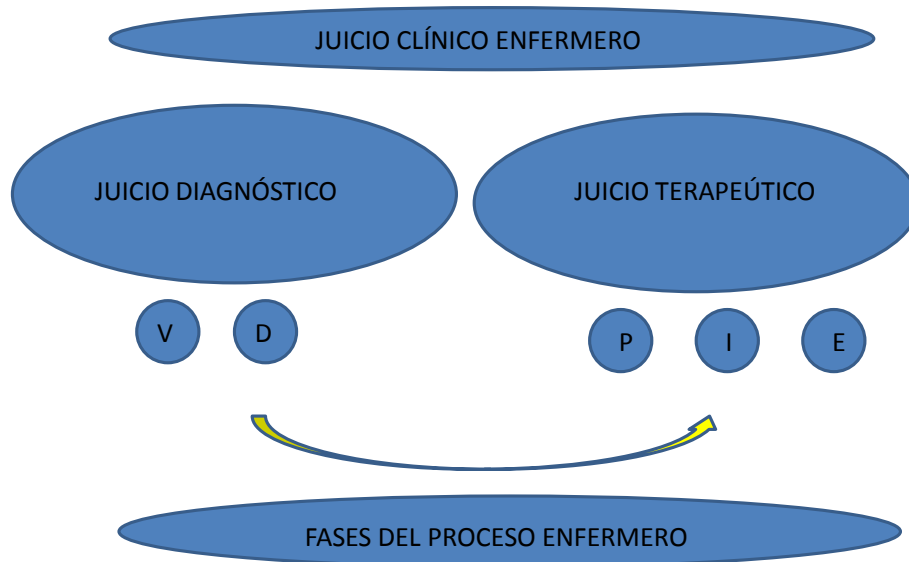
La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera o PE, nos permite dispensar cuidados de una forma racional, lógica y continuada. Consta de cinco pasos secuenciales e interrelacionados: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, en los cuales se realizan acciones intencionadas tendentes al logro de los resultados esperados. Además es dinámico y flexible de tal modo que facilita su adaptación a los diferentes momentos del cuidado.

El proceso enfermero resulta pues beneficioso para el paciente, ya que se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería y también para la enfermera, debido a que ésta experimenta un aumento de la satisfacción, así como un fortalecimiento del ejercicio profesional.<sup>20</sup>

Por ello, el PE es el juicio clínico que realiza toda enfermera al dispensar cuidados a un paciente, comenzando por el juicio diagnóstico del problema enfermero a tratar y finalizando con la emisión de un juicio terapéutico en el que se lleva a cabo la prescripción enfermera de cuidados, ver Figura 2.



Figura 2. Juicio clínico y fases del proceso enfermero<sup>1</sup>



La puesta en práctica de esta metodología en el día a día de la enfermería se materializa en los planes estandarizados de cuidados (PEC), así como en los planes individualizados de cuidados de enfermería. Los PEC son protocolos específicos de cuidados a prestar en pacientes que padecen los problemas enfermeros normales o previsibles relacionados con una determinada situación de salud o enfermedad.

De este modo, los PEC consiguen disminuir la variabilidad en la práctica clínica, aunque sin olvidar las necesidades individuales de cada paciente, aumentando la calidad de los cuidados gracias al establecimiento de unos mínimos.<sup>21</sup>

<sup>1</sup> Fuente: Brito Brito PR. El Proceso Enfermero en Atención Primaria.

Recientemente se han empezado a realizar en nuestro país estudios de investigación que abordan el grado de implementación del PE en la práctica de la dispensación de los cuidados por parte de los profesionales. Un ejemplo es el trabajo llevado a cabo en Guipúzcoa en 2009, en el que se estudió un total de 158 centros (públicos y privados) de un área de salud, y que concluyó que el PE era utilizado en el 98% de los centros incluidos en la investigación.<sup>22</sup>

## 1.3 LENGUAJES ENFERMEROS ESTANDARIZADOS

La necesidad de estandarizar los lenguajes enfermeros se plantea en la comunidad científica enfermera desde hace más de treinta años.<sup>23</sup> Para algunos autores un lenguaje enfermero unificado y consensuado mejora la comunicación inter e intraprofesional, así como el desarrollo del conocimiento enfermero, los registros informáticos y la evaluación de los cuidados.<sup>24</sup> Un lenguaje estandarizado permite hacer más visible la labor de la enfermería, facilitando el registro de nuestros cuidados.

En la actualidad, la Asociación Norteamericana de Enfermería (ANA) reconoce doce sistemas de clasificaciones de lenguajes estandarizados específicos para enfermería que cumplen unos criterios mínimos establecidos.<sup>25</sup> Entre estos sistemas se engloban diversas clasificaciones de diagnósticos enfermeros, resultados de enfermería e intervenciones enfermeras.<sup>26</sup>

### 1.3.1 CLASIFICACIONES DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

En 1953 Vera Fry comenzó a plantear el término de diagnóstico enfermero y la necesidad de su uso en la práctica diaria de la enfermería.<sup>27</sup> Desde ese momento y hasta nuestros días, son diversos los autores que han aportado definiciones de este término. Marjory Gordon en 1976, consideró que los diagnósticos enfermeros o diagnósticos clínicos formulados por profesionales enfermeros, describen problemas de salud reales o potenciales que las enfermeras, en virtud de su educación y experiencia están capacitadas y autorizadas para tratar.

A pesar de la introducción del término diagnóstico enfermero, la enfermería todavía carecía de un lenguaje estandarizado para nombrar los problemas enfermeros. Esta situación se

prolonga hasta la aparición de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) en 1982.<sup>28</sup>

NANDA en el año 2009 y durante su 9ª Conferencia, revisa la definición del diagnóstico enfermero y considera que se trata de un juicio clínico sobre las respuestas o experiencias del individuo, familia o comunidad, a los procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones para lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable.<sup>29</sup>

La primera clasificación de diagnósticos enfermeros de NANDA surge en la VII Conferencia de la NANDA en el año 1986, bajo el nombre de taxonomía I. Estaba estructurada en 9 Patrones de Relaciones Humanas que agrupaban los diferentes diagnósticos representando las interacciones de la persona con su entorno y en el que se identificaron cuatro niveles de abstracción para la clasificación de los diagnósticos.<sup>30</sup>

En abril del año 2000 y durante la XIV Conferencia de la NANDA se aprueba la taxonomía II, que es la utilizada actualmente y un año después NANDA cambió su nombre por NANDA Internacional (NANDA-I). La taxonomía actual, correspondiente al año 2015-2017, está organizada en 13 dominios y contiene diagnósticos de problemas que enfermería puede valorar y resolver con sus intervenciones.

En la actualidad la taxonomía de diagnósticos enfermeros elaborada por NANDA Internacional es una de las más difundidas entre la enfermería. Además, se trata de un sistema de clasificación reconocido por la ANA. Está formada por 235 diagnósticos, dentro de los cuales se encuentran los siguientes tipos:<sup>31</sup>

- Diagnóstico de enfermería Real: describe respuestas humanas a procesos vitales/estados de salud que existen en un individuo, familia o comunidad.
- Diagnóstico de enfermería de Riesgo: describe las respuestas humanas a estados de salud/procesos vitales que pueden desarrollarse en el individuo, familia o

comunidad vulnerables, está apoyado por factores de riesgo que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad.

- Diagnóstico de enfermería de Promoción de la Salud: un juicio clínico que abarca el deseo y la motivación del paciente para una disposición de un mayor estado de salud o factor que puede conducir a un mejor nivel. Un diagnóstico de enfermería promoción de la salud no requiere de un nivel actual de bienestar.
- Diagnóstico de enfermería de Síndrome: hacen referencia a grupos de signos y síntomas que casi siempre aparecen juntos y representan un cuadro clínico específico.

Si bien la taxonomía II de NANDA-I es la clasificación de diagnósticos enfermeros más empleada y estudiada en nuestro país en la actualidad, para algunos autores sus términos son complejos, abstractos y poco específicos para reflejar los juicios que realizamos los enfermeros en relación al estado de salud de nuestros pacientes (Hogston; Bakken)<sup>32</sup> Algunas publicaciones recientes sugieren la necesidad de terminologías “puente” o sistemas de comunicación entre los lenguajes enfermeros normalizados y la práctica enfermera diaria, que faciliten el registro informatizado de los informes de enfermería.<sup>33</sup>

En los años 70 comienzan también las investigaciones para desarrollar el sistema de clasificación Omaha. En un primer momento se pretendía establecer un lenguaje que nombrara las intervenciones enfermeras y describiera el mínimo de datos necesarios para los registros enfermeros en enfermería comunitaria. Tras 15 años de trabajo para su desarrollo, surge un proyecto mucho más global y ambicioso: el sistema de clasificación Omaha.

El sistema Omaha engloba tres componentes: el esquema de problemas enfermeros, la escala de consecución de objetivos y el esquema de intervenciones.<sup>34</sup>

La clasificación de problemas enfermeros consta a su vez de cuatro niveles. El primer nivel tiene cuatro dominios: psicosocial, fisiológico, entorno y comportamientos relacionados con la salud. El segundo nivel incluye cuarenta diagnósticos enfermeros que nombran, identifican y

organizan la situación del paciente. El tercer nivel matiza si se trata de un problema individual o familiar y si es un problema actual, de promoción de la salud o potencial. El cuarto nivel incluye signos y síntomas del problema.

Existen otras clasificaciones de diagnósticos enfermeros, entre las que se encuentran la Home Health Care Classification System (HHCC) <sup>35</sup> Desarrollada en el año 1991 en la Universidad de Georgetown, comenzó con la realización entre los años 1989-1991 del estudio de investigación Home Care Project. Con esta investigación se pretendía no solo describir y clasificar a los pacientes domiciliarios sino también establecer un sistema de clasificación para predecir las necesidades de recursos y la consecución de resultados. El proyecto estaba financiado por la Administración de Financiación de Cuidados (HCFA) y dio lugar a una primera aproximación de una clasificación de diagnósticos e intervenciones enfermeras. En el año 2003 la clasificación pasó a denominarse Clinical Care Clasification (CCC) System<sup>36</sup>, con el objeto de poder ser utilizada en las historias clínicas electrónicas de pacientes atendidos en cualquier campo de la enfermería. La CCC tiene dos clasificaciones interrelacionadas: la terminología de diagnósticos y la de resultados y acciones tipo. Todas ellas se encuentran organizadas en 21 componentes de cuidados y están reconocidas por la ANA como uno de los sistemas de clasificación de lenguajes enfermeros estandarizados.

En el año 1989, a raíz de una recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con motivo de la 10 revisión de la CIE y a tenor del interés de NANDA-I por ser incluida como sistema de clasificación de lenguaje enfermero en dicho organismo internacional, empieza a plantearse en la comunidad científica enfermera la necesidad de unificar los distintos lenguajes enfermeros estandarizados en una sola clasificación estandarizada que no sea sólo de un país. Este proyecto es encomendado por la OMS al Consejo Internacional de Enfermería y da lugar a la Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería (ICNP o CIPE), que pretende dar un rango internacional al lenguaje enfermero estandarizado. El proyecto ICNP o CIPE es una combinación de vocabularios y clasificaciones enfermeras, organizadas en siete ejes-medio, foco, juicio, cliente, localización, tiempo, acción<sup>37</sup>. Así, después de la creación del primer informe en 1993, tres años más tarde se presenta la versión

alfa del proyecto CIPE y en 1999 la versión beta. En el año 2000 se desarrolló el primer programa ICNP preparado para ser utilizado en los sistemas informáticos de los sistemas de salud de todo el mundo y ser difundido en Europa. La versión más reciente, denominada versión 1.0, se ha publicado en el año 2005 y ha sido traducida a varios idiomas.<sup>38</sup> Recientemente la OMS ha aceptado la ICNP como parte de su Familia de Clasificaciones Internacionales.

Son diversos los estudios que abordan el uso de los diagnósticos enfermeros, independientemente de la clasificación utilizada, en la práctica diaria de la enfermería<sup>39</sup> y que evidencian cómo su uso mejora la calidad de los registros enfermeros, las intervenciones y los objetivos conseguidos.<sup>40</sup>

Algunos autores como Miotto, consideran que son manifiestas las ventajas que para enfermería tiene el desarrollo de los sistemas de clasificación o taxonomía:<sup>41</sup>

- a) Un sistema de clasificación permite desarrollar los fundamentos científicos sólidos que enmarcan la profesión enfermera.
- b) Aporta un marco común de referencia para los cuidados, la educación y la investigación en enfermería.
- c) Facilita la comunicación oral y escrita, haciéndola más eficaz.
- d) Establece un sistema adecuado para el empleo del tratamiento informático.
- e) Integra las actividades de enfermería relacionadas con el proceso y diagnóstico en el sistema de información de la asistencia a la salud.

Sin embargo, algunas publicaciones revelan que casi un 40% de los profesionales de enfermería no emplean los diagnósticos enfermeros en su actividad profesional.<sup>42</sup>

Estos datos nos llevan a pensar en la falta de implementación de los diagnósticos enfermeros en el quehacer diario de la enfermería.

### 1.3.2 CLASIFICACIONES DE RESULTADOS ENFERMEROS

Desde hace unos años la necesidad de utilizar un lenguaje estandarizado por parte de la enfermería ha llevado también al desarrollo de sistemas de clasificación de resultados enfermeros. Estos sistemas han dotado a la enfermería de un método sistemático para poder evaluar y nombrar los cambios que se producen en el paciente.

En 1997 surge la clasificación de resultados de enfermería (NOC), tras seis años de trabajo por parte de un grupo de expertos en la Universidad de Iowa. La investigación para su desarrollo se llevó a cabo en tres fases. Durante la fase I se identificaron y solventaron aspectos conceptuales y metodológicos, agrupando las relaciones de resultados usadas por las enfermeras y etiquetándolas.

Posteriormente, en la fase II se validó el contenido de cada resultado a través del análisis de conceptos y los estudios de expertos enfermeros. Finalmente, se diseñó una estructura jerárquica de clasificación. Durante la fase III se comprobó la factibilidad psicométrica e integridad de las escalas y los procedimientos de medición por medio de trabajo de campo en diversos entornos, llevándose a cabo un estudio de la validez de la estructura de la NOC.

La clasificación pretende servir para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras y aportar un lenguaje estandarizado para la enfermería. Así mismo, se trata de una lista exhaustiva de definiciones, conceptos y medidas estandarizadas que describen los resultados de los pacientes influenciados por las intervenciones enfermeras. En definitiva, para Moorhead un resultado dependiente de enfermería es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medido a lo largo de un continuo, lo que significa que los resultados se exponen como conceptos que reflejan la condición, percepción o conducta real de un paciente, cuidador, familia o comunidad en lugar de los objetivos esperados.<sup>43</sup>

La clasificación actual cuenta con 330 resultados, con definiciones, indicadores y escalas de medida y bibliografía complementaria. Las escalas son de tipo Likert, con cinco puntos para todos los resultados e indicadores, siendo en todos los casos “5” para la mejor puntuación posible y “1” para la situación más desfavorable.

Otros sistemas de clasificación desarrollados para la enfermería son la Internacional Classification of Nursing Practice (ICNP) o la Clinical Care Classification (CCC) System.<sup>44</sup>

La CCC agrupa un total de 546 etiquetas, organizadas en tres tipologías de resultados esperados: mejoría, estable y empeoramiento/fallecimiento.

El sistema Omaha también dota a la enfermería de un sistema para medir los resultados de sus intervenciones. Se compone de tres elementos: conocimientos, comportamiento y estado. A cada uno de ellos se le aplica una escala ordinal que abarca desde lo más positivo a lo más negativo.

En los últimos años, algunas de estas clasificaciones se utilizan también como medida de la calidad de los cuidados, teniendo una gran aceptación en áreas de gestión enfermera. Un ejemplo es el NDNQI de ANA (Base nacional de datos de Indicadores de Calidad de Enfermería de la Asociación Norteamericana de Enfermería) Creada a principios de los años 90, en ella se aglutinan indicadores específicos de cuidados de enfermería de distintas organizaciones para realizar comparaciones entre unidades similares y enviarlo posteriormente a las organizaciones y profesionales participantes.

Estos sistemas suponen una gran ventaja para la enfermería ya que permiten evaluar las intervenciones enfermeras, midiendo su efectividad y permitiendo la elaboración de PEC.

### **1.3.3 CLASIFICACIONES DE INTERVENCIONES ENFERMERAS**

Al igual que otros profesionales, los enfermeros necesitamos expresar de manera exacta qué cuidados dispensamos a nuestros pacientes.

La investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones enfermeras (NIC) comenzó en 1987 en la Universidad de Iowa. En 1992 fue publicada por primera vez la clasificación global y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras (NIC).



Entendemos por intervención enfermera un tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza la enfermera para favorecer los resultados esperados del paciente. Actualmente existen 514 intervenciones agrupadas en 30 clases y 7 campos.<sup>45</sup>

En los últimos años se han establecido diversas relaciones entre la taxonomía de diagnósticos enfermeros de NANDA-I y las clasificaciones de resultados e intervenciones enfermeras de la Universidad de Iowa (NOC y NIC)<sup>46 47</sup>

Si bien el sistema de clasificación de intervenciones enfermeras más extendido es la clasificación NIC elaborada por la Universidad de Iowa, a día de hoy existen otras clasificaciones que dan nombre a las actuaciones de enfermería.

Uno de ellos es el sistema de clasificación Omaha. Está formado por tres niveles: el primero consiste en cuatro categorías: educación para la salud, tratamientos y procedimientos, asesoramiento y vigilancia. El segundo nivel consiste en 62 etiquetas que describen las intervenciones enfermeras ante problemas específicos. El tercer nivel comprende información específica relativa al paciente, que aparecería como un componente narrativo en la historia clínica del paciente.

La clasificación CCC (Clinical Care Classification system) también ha desarrollado una taxonomía de intervenciones enfermeras. Está formada por 198 etiquetas y cuatro tipos de acción: vigilancia y monitorización, cuidados directos, educación y derivación/control. Estos cuatro tipos de acción engloban de manera estandarizada las intervenciones de enfermería.

Asimismo la ICNP (International Classification of Nursing Practice) ha propuesto un lenguaje estandarizado para las intervenciones enfermeras basado en su estructura multiaxial.

Todas estas clasificaciones han sido formuladas para tratar de dejar atrás la invisibilidad de la que era objeto la enfermería en su ejercicio profesional y son un instrumento más encaminado a la estandarización del lenguaje empleado por los profesionales.<sup>48</sup>

## 1.4 ASOCIACIONISMO EN ENFERMERÍA

El asociacionismo es una clara expresión de la sociedad civil. Para autores como Horvatt, existen tres importantes sectores de la sociedad contemporánea: la economía, la política y el sector civil. Las asociaciones profesionales y científicas podrían enmarcarse dentro de este sector civil pero se diferencian respecto a las asociaciones de la sociedad civil en el conocimiento profesional acumulado por sus miembros y en que sirven para proporcionar los servicios adecuados a sus componentes y a la sociedad. Además, defienden los intereses de sus miembros, su razón de ser y profesionalidad.<sup>49</sup>

El nacimiento de las asociaciones deriva del hecho de que un grupo de personas (profesionales, estudiantes, pacientes,...) lleguen a compartir no sólo conocimientos sino también valores, creencias, intereses, sentimientos y una determinada estética.

Pita considera que los motivos principales para la creación de sociedades profesionales y científicas son comunes a los distintos colectivos, los cuales parten de la necesidad de defender sus derechos para ejercer la profesión con dignidad así como verse respaldados en sus intereses y actuaciones frente a los abusos de cualquier índole contra el intrusismo profesional. De estas consideraciones de carácter corporativista, el colectivo trata de alcanzar unos objetivos que permitan garantizar la formación profesional, mediante la puesta en marcha de estudios, investigaciones, elaborando informes y programas, tanto de motu propio como a instancias de los diferentes organismos institucionales.

Este autor subraya los rasgos y fundamentos principales de las asociaciones, destacando la personalidad jurídica, reconocida por la legislación actual. Este aspecto permite a estas formas de organización social establecer una vinculación jurídica entre todos los miembros y ejercer una función representativa de forma que asume la defensa de la profesión ante el Estado y otras instancias. Además, es necesario subrayar la capacidad social de las asociaciones profesionales, que deriva de la cooperación de sus miembros y permite superar al individuo la limitación de sus posibilidades.<sup>50</sup>

En esta misma línea, Arratia considera que las organizaciones profesionales creadas y autogobernadas por los mismos profesionales establecen criterios de admisión y exclusión, impulsan un alto nivel de competencias y tratan de elevar el status socioeconómico de sus integrantes. La autora destaca que la generación de asociaciones crea una cultura profesional que se caracteriza por un lenguaje y símbolos asociados a los diferentes profesionales.<sup>51</sup>

Las estrategias asociacionistas históricamente han sido relevantes para el éxito de los grupos ocupacionales deseosos de convertirse en profesiones. Es necesario tener en cuenta al abordar el asociacionismo en profesiones como la enfermería, que las tendencias asociativas junto con el saber científico ponen en contacto realidades muy diversas, tales como proyectos científicos, ansias de distinción, búsqueda de reconocimiento, procesos de jerarquización, ...<sup>52</sup> Esto ha hecho que existan diversas corrientes teóricas que explican los fenómenos asociativos en las profesiones.

Algunos autores consideran que las asociaciones profesionales son un elemento decisivo en la transformación de la sociedad, siendo fuentes de formación de la ciudadanía. En cambio, para autores como Foucault, éstas son definidas como un sistema de control social.

Independientemente de las distintas corrientes que han estudiado el fenómeno del asociacionismo social en la época moderna, existen diversos estudios que documentan la existencia de agrupaciones profesionales de artesanos ya en la época romana.<sup>53</sup> Posteriormente, en la Edad Media surgen los gremios, que constitúan un arma defensiva de los artesanos contra las grandes empresas comerciales. En ambos casos aparece como denominador común en la gestación de asociaciones profesionales y científicas, la persecución de objetivos que individualmente son imposibles o muy difíciles de conseguir.

El contexto de gestación de las asociaciones científicas y profesionales en nuestro país no difiere en gran medida respecto al resto de entramados sociales. Para algunos autores, España presenta bajos niveles de asociacionismo, menores que la media europea. Sin embargo, algunos estudios demuestran como en los últimos 25 años, la tendencia de asociacionismo

profesional en España ha presentado un repunte en 1985 para posteriormente quedarse en una situación mantenida y estable en el tiempo.<sup>54</sup>

Esta tendencia puede aplicarse también al colectivo enfermero en España. A día de hoy, se considera que las asociaciones y organizaciones de enfermería son herramientas eficaces para promover la profesión enfermera. Por ello, las asociaciones profesionales de enfermería son una parte esencial de la cultura enfermera.<sup>55</sup>

En el caso de las sociedades científicas (SSCC) de enfermería, en España influyó el movimiento de emancipación de la mujer y el feminismo. El movimiento krausista, que buscaba integrar a la mujer en las esferas educativas y laborales, fue el caldo de cultivo para que, en 1862, se aprobara el Reglamento de las Sociedades de Ministrantes, del que emana el asociacionismo de las profesiones auxiliares de la medicina. En esta misma época se aprueba el derecho de asociación como derecho individual, quedando recogido en la Constitución de 1869, que permitió la creación de los primeros colegios de practicantes y matronas.<sup>56</sup>

Posteriormente en 1899 se crea el Consejo Internacional de Enfermeras como asociación de asociaciones. Es importante reconocer la importante labor de los practicantes, que consiguieron la colegiación obligatoria en 1929, lo que sin duda aumentó y reforzó la conciencia de grupo. Y no debemos olvidar los movimientos que protagonizaron enfermeras y matronas en diversas provincias españolas en las dos primeras décadas del siglo XX para reivindicar la colegiación profesional. Fuera de nuestras fronteras, también será el siglo XIX el punto de partida de algunas asociaciones enfermeras, como la British Nurses Association, que marca el desarrollo y mejora de la enfermería, elevando la preparación y posición de las enfermeras, asegurándolas un reconocimiento y acreditación estatal.

En la actualidad, el pleno desarrollo científico y profesional de la enfermería necesita de la participación efectiva y del compromiso de los profesionales de los distintos contextos de la profesión. Para Chacón la enfermería adolece de una falta de unión, lo que conlleva a la dispersión de esfuerzos por parte de estos profesionales en la consecución de logros. Si bien en los últimos años el colectivo enfermero ha aumentado su participación con la creación y

aumento de SSCC, las cuales son un marco de referencia y un lugar de encuentro que posibilita el consenso entre los profesionales.<sup>57</sup>

Siles considera que el desarrollo del asociacionismo ha marcado un antes y un después en la labor enfermera, contribuyendo a sentar las bases de la profesión. El asociacionismo es una apuesta por mejorar el desarrollo enfermero, alcanzar intereses comunes en la profesión y definir qué es lo que la enfermería debe aportar a la sociedad, en continuo proceso de cambio. Permite identificar metas comunes para la profesión enfermera así como diseñar las estrategias necesarias para conseguirlas. Para este autor el desarrollo social, ético, profesional e intelectual de la enfermería es directamente proporcional a su capacidad de socialización como grupo y profesión, cuyo exponente más específico es el asociacionismo. Este autor considera que las distintas asociaciones científicas de enfermería contribuyen a la vertebración de la profesión y a la consecución de logros importantes para la enfermería.

Gomes en su estudio sobre la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería, entiende las asociaciones de enfermería como graneros de liderazgo en la profesión. La autora cifra el comienzo del asociacionismo en enfermería como tardío, debido a la imagen de la enfermera como una continuación de las características naturales de la mujer: cuidado, compasión y sumisión, lo que supuso que la enfermería no tuviera el peso que merecía en las instituciones sociales. Esto supuso el retraso de la concepción de la enfermería como una profesión científica, con un cuerpo de conocimientos organizado para el que se requerían habilidades especializadas y una potencialidad política y asociativa.<sup>58</sup>

Por ello, las asociaciones en el contexto de la enfermería cobran para Gomes un papel de importancia vital, ya que en ellas los profesionales pueden discutir e intercambiar experiencias y problemáticas. Se entienden así las asociaciones de enfermería como entidades identificadoras de los distintos contextos de esta profesión que propician un aumento de la visibilidad social de la enfermería.

Diversos estudios ponen de manifiesto cómo los profesionales de la enfermería consideran que las asociaciones contribuyen al crecimiento de la profesión, a la imagen social de la

enfermería, además de brindar oportunidades de perfeccionamiento, facilitan la posibilidad de investigar y mejoran las relaciones interpersonales.<sup>59</sup>

En definitiva, las asociaciones científicas de enfermería son centros de excelencia para el desarrollo del conocimiento de modelos de práctica, contribuyen a expandir las oportunidades de intercambio, fortalecer el trabajo colaborativo y conformar grupos de estudio e investigación.<sup>60</sup>

En la actualidad en España existen más de 40 sociedades científicas de enfermería y entornos científicos en los que esta profesión está representada, según datos facilitados por el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España.

## **1.5 MODELOS CONCEPTUALES, METODOLOGÍA Y LENGUAJE ESTANDARIZADO EN DISTINTOS CONTEXTOS DE LA ENFERMERÍA**

### **1.5.1 ENFERMERÍA DEL TRABAJO**

En los últimos años la enfermería del trabajo ha sido objeto de una incesante evolución en nuestro país. Reconocida como especialidad enfermera desde el año 2005<sup>61</sup>, en 2009 se publicó el programa formativo de la especialidad que contempla una formación como enfermero residente durante dos años.<sup>62 63</sup>

No obstante, a pesar de estos cambios, los enfermeros del trabajo vienen ejerciendo las mismas funciones mucho tiempo atrás, bajo la denominación de enfermeros de empresa.<sup>64</sup> Su presencia en el entorno laboral se sustenta en todo un marco legal, vertebrado por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/95.<sup>65 66 67</sup>

A lo largo de los años su objetivo ha sido conseguir un grado óptimo de salud en la población trabajadora. Los enfermeros del trabajo persiguen la salud laboral, entendida como el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de

éste en su entorno<sup>68</sup>, promoviendo aspectos preventivos, de diagnóstico, tratamiento, adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo.<sup>69</sup>

Como veíamos anteriormente, en la actualidad existen diferentes herramientas que ayudan a que los profesionales de enfermería del trabajo guíen sus cuidados hacia la consecución de un grado óptimo de salud de la población que atienden y puedan comunicarse interprofesionalmente. Se trata de los modelos conceptuales de enfermería, la metodología enfermera y los lenguajes enfermeros estandarizados. Es necesario comentar que en la formación teórica de los enfermeros del trabajo recogida en la orden SAS/1348/2009 no se hace mención específica al lenguaje enfermero estandarizado, los modelos conceptuales de enfermería, PE, ni la adquisición de competencias en estas materias por parte de los enfermeros residentes.

Los profesionales de la enfermería del trabajo se aglutinan en la Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral (AET). Esta sociedad científica se constituye en el año 1995. Está inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones del Ministerio del Interior con el número 114284, teniendo el CIF G80607146.

En la Tabla 1 pasamos a exponer una primera aproximación de la situación actual de la enfermería del trabajo en relación a los modelos conceptuales de enfermería, la metodología y los sistemas de clasificación de lenguaje estandarizado. Como se puede observar, en ella se encuentran referencias bibliográficas sobre modelos conceptuales de enfermería del trabajo existentes en la actualidad, trabajos que abordan la metodología enfermera en el entorno de salud laboral y en la última columna la puesta en práctica del lenguaje estandarizado en la enfermería del trabajo.

Tabla 1. Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en enfermería del trabajo

Modelos conceptuales <sup>2</sup>	Metodología <sup>3</sup>	Lenguaje estandarizado
Modelo Wilkinson (1990)	Arranz (2010) <sup>70</sup>	Diagnósticos enfermeros <sup>4</sup> : - Arranz (2012) <sup>71</sup> - Encuesta AET <sup>72</sup> - Carcedo (2010) <sup>73</sup>
Modelo Hanassaari (1998)	González (2011) <sup>74</sup>	Resultados de enfermería <sup>5</sup>
Modelo Chang (1994) <sup>75</sup>	Carcedo (2011) <sup>76</sup>	Intervenciones de enfermería: - NIC específicos <sup>77</sup>
Modelo CeNPRaD (2005)	Moreno (2012) <sup>78</sup>	
Modelo West (2001)		

## 1.5.2 ENFERMERÍA EN EL ÁMBITO MÉDICO QUIRÚRGICO

La enfermería que desempeña sus cuidados en el ámbito médico-quirúrgico agrupa distintas áreas de nuestra profesión, tales como la enfermería respiratoria y la enfermería radiológica, entre otras.

La enfermería neumológica centra sus cuidados en promover el más alto grado de salud respiratoria en la población. Los enfermeros respiratorios son asesores en la gestión de la atención de los pacientes con problemas respiratorios, evalúan e implementan nuevas formas de cuidar al paciente neumológico y son expertos en su campo con un amplio conocimiento de las complicaciones respiratorias tanto en el entorno hospitalario como en la comunidad.<sup>79 80</sup>

<sup>2</sup> Ausencia de bibliografía en España.

<sup>3</sup> Escasa bibliografía sobre su aplicación en la enfermería del trabajo.

<sup>4</sup> Ausencia de estudios sobre su implementación en la enfermería del trabajo en España.

<sup>5</sup> Ausencia de fuentes bibliográficas.



Para algunos autores, la valoración respiratoria es un elemento esencial en la formación básica de los estudiantes de enfermería.<sup>81</sup> Sin embargo, la realidad es que los enfermeros generalistas manifiestan dudas en cuanto a aspectos elementales de ésta, tales como la medición de la frecuencia respiratoria o la técnica para realizar una gasometría. Perikala pone de manifiesto cómo los propios profesionales demandan formación específica sobre cuidados respiratorios y desde distintas instituciones fuera de nuestras fronteras, se promueven módulos de formación en esta materia.<sup>82</sup>

En la actualidad no existe una especialidad reconocida como enfermería respiratoria en nuestro país, a pesar de ser una necesidad expresada en numerosas ocasiones por el colectivo de enfermeros que dispensan sus cuidados en el entorno de la neumología.<sup>83</sup>

A ello hay que añadir que la producción científica de la enfermería respiratoria es calificada como escasa por algunas sociedades científicas en nuestro país.<sup>84</sup> Macián considera que se está produciendo un fenómeno de invisibilidad por parte de estos profesionales de enfermería respiratoria en los equipos y estudios multidisciplinarios, aspecto que dificulta la localización de fuentes bibliográficas para fundamentar el campo de conocimientos específicos de la enfermería respiratoria. Existen a día de hoy cursos específicos sobre cuidados intensivos e intermedios respiratorios, impartidos por algunas universidades españolas, lo cual indica que los tiempos están cambiando para la enfermería respiratoria en España y que estos profesionales cada vez van tomando un papel más relevante en la atención del enfermo neumológico.<sup>85</sup>

Son escasos los estudios publicados que abordan el uso de los modelos conceptuales, la metodología y el lenguaje enfermero en la enfermería respiratoria, como veremos en la Tabla 2. En ella se recogen las publicaciones que abordan el empleo de modelos conceptuales de enfermería, la metodología enfermera aplicada al enfermo respiratorio y los lenguajes estandarizados en este ámbito de la enfermería. A diferencia de la enfermería del trabajo para la que existían modelos conceptuales específicos, la enfermería respiratoria apuesta por la implementación de modelos generalistas, como recogen los autores reseñados en la primera columna de la Tabla 2.

Tabla 2. Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en enfermería respiratoria

Modelos conceptuales <sup>6</sup>	Metodología <sup>7</sup>	Lenguaje estandarizado
Heffline (1991) <sup>86</sup>	Pereira de Melo (2009) <sup>87</sup>	Identificación de diagnósticos enfermeros: Arranz (2010, 2012) <sup>88 89</sup> Pascoal (2012) <sup>90</sup> Armitage (1999)
Welch (2013) <sup>91</sup>	Miguel (2009) <sup>92</sup>	Resultados de enfermería <sup>8</sup> : Trabajos enmarcados en PEC. Prieto (2010) <sup>93</sup>
Armitage (1997) <sup>94</sup>	Arranz (2013) <sup>95</sup>	Intervenciones de enfermería <sup>9</sup> : Relacionadas con la educación al paciente. Sánchez (2003) <sup>96</sup>

La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) es la sociedad científica que reúne a los más de 3.700 profesionales de la salud respiratoria en España, es decir, la práctica totalidad de los neumólogos y cirujanos torácicos, junto a especialistas de enfermería y fisioterapia respiratoria, nacionales y extranjeros, con intereses comunes. A día de hoy, el Área de enfermería respiratoria cuenta con 251 miembros y con una revista especializada en cuidados respiratorios, de acceso libre y online desde el año 2000.

La enfermería respiratoria también se encuentra presente en contextos científicos a nivel local, como la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica (NEUMOMADRID), cuyo ámbito de actuación es la Comunidad de Madrid, y sus objetivos, recogidos en sus estatutos fundacionales son los siguientes:

<sup>6</sup> Escasos estudios que versen sobre los modelos conceptuales de enfermería.

<sup>7</sup> PEC específicos para el paciente respiratorio.

<sup>8</sup> Ausencia de estudios sobre su grado de utilización.

<sup>9</sup> Ausencia de intervenciones específicas identificadas para la enfermería respiratoria.

- Fomentar el progreso en el conocimiento científico de las enfermedades torácicas, como medio para conseguir un mejor tratamiento médico y quirúrgico de las mismas así como su más eficaz prevención.
- Promover contactos e intercambios profesionales entre sus miembros con fines científicos y con otros profesionales relacionados con la Neumología y la Cirugía Torácica.
- Ofrecer asesoramiento a las personas o entidades, tanto públicas como privadas, que lo requieran sobre aspectos sociales, profesionales, científicos y de investigación en Neumología y Cirugía Torácica.

La enfermería radiológica, es el colectivo de enfermeros/as que desarrolla su labor profesional en el campo de las Radiaciones Ionizantes. Son responsables de los cuidados específicos a enfermos que acuden a los servicios de Radiodiagnóstico, Medicina Nuclear y Radioterapia en busca del restablecimiento de su salud.

Para Granero la radiología es la ciencia que se ocupa de las radiaciones que pueden ser aplicadas al pronóstico, diagnóstico o tratamiento de las enfermedades. La entrada en escena de diversas tecnologías en los servicios de radiodiagnóstico ha generado nuevas necesidades de cuidados que hacen necesaria la presencia del profesional de enfermería con conocimientos en radiología.

Los profesionales de enfermería radiológica deben poseer un amplio dominio en radiología, las bases físicas de los métodos de diagnóstico por imagen, protección radiológica, seguridad del paciente, la correcta administración y manejo de los radiofármacos y medios de contraste, así como la aplicación del proceso enfermero para suplir las necesidades de cuidados de los pacientes a los que atienden.

A día de hoy existe disparidad sobre el grado de formación que deben poseer los enfermeros radiológicos. Atrás ha quedado la especialidad de Ayudante Técnico Sanitario (ATS) de Radiología y Electrología de 1961 (Decreto 1153/1961), ya que a día de hoy no existe

una especialidad reconocida en España para estos profesionales. En nuestro país se imparte formación sobre la materia en los cursos pregrado, tanto como asignatura de libre configuración como obligatoria en algunas universidades.<sup>97</sup> La opción de los estudios de posgrado aparece también para los enfermeros radiológicos con formación en másteres específicos. Desde algunos sectores se demanda la presencia de estudiantes de enfermería en los servicios de radiodiagnóstico que permita a los enfermeros radiológicos formar a nuevos profesionales.<sup>98</sup>

Fuera de nuestras fronteras, también nos encontramos con una situación muy dispar en función del país. En Canadá no existe una especialidad reconocida de enfermería radiológica y es escaso el número de profesionales que ejercen en este ámbito.<sup>99</sup> Existen iniciativas formativas en algunas facultades de radiología, en las que se propone una rotación de algunos estudiantes por estos servicios. En un estudio realizado por Powell, se comprueba el desconocimiento de los estudiantes de enfermería sobre las principales funciones de la enfermería radiológica, previo a realizar la rotación por el servicio durante las prácticas.<sup>100</sup> En Japón, se imparte formación sobre enfermería radiológica a los estudiantes de enfermería durante el tercer curso de formación universitaria y consiste en un módulo de 6 meses de duración.<sup>101</sup> En Suecia y Estados Unidos existe la especialidad de enfermería radiológica, con cursos específicos para estos profesionales.<sup>102</sup>

Por ello, existe a día de hoy una importante reivindicación a nivel internacional en la que se demanda formación específica para estos profesionales ya que, actualmente, el conocimiento inherente de la enfermería radiológica se haya disperso básicamente en artículos de publicaciones científicas.

La mayoría de los estudios que versan sobre la enfermería radiológica coinciden en que el profesional que ejerce sus cuidados en este contexto debe poseer habilidades relacionadas con el pensamiento crítico, comunicación con el paciente, priorización y toma de decisiones.<sup>103</sup>

En cuanto al grado de utilización de la temática de estudio de este trabajo, la Tabla 3 muestra información relativa a la misma en la enfermería radiológica. En la primera columna se

encuentran referenciados los trabajos que han abordado el uso de los modelos conceptuales de enfermería en el contexto de la enfermería radiológica. En la segunda columna de la Tabla 3 se recogen los estudios que versan sobre la metodología enfermera en este contexto de la enfermería, destacando la existencia de PEC específicos para este ámbito de la enfermería. En cuanto al lenguaje enfermero estandarizado, existe identificación de diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados de enfermería para el ámbito de la enfermería radiológica, tal y como se recoge en la tercera columna de la Tabla 3.

*Tabla 3. Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en enfermería radiológica*

Modelos conceptuales <sup>10</sup>	Metodología <sup>11</sup>	Lenguaje estandarizado
Modelo de V. Henderson (1955)	Jiménez (2005)	Identificación de diagnósticos enfermeros taxonomía NANDA-II. Jiménez (2005) De Souza (2010)
Jiménez (2005) <sup>104</sup>	De Souza (2010) <sup>105</sup>	Resultados de enfermería aplicados al paciente radiológico (NOC) Jiménez (2005)
	PEC específicos. Pérez (2003) <sup>106</sup>	Intervenciones de enfermería <sup>12</sup> : Cantos (2005) <sup>107</sup> Bertomeu (2005) <sup>108</sup>

La Sociedad Española de Enfermería Radiológica (SEER) surge de la transformación de la antigua Federación Española de Asociaciones de Enfermería Radiológica (FEAER) en su ánimo de modernización. Es una forma organizativa más amplia que permite agrupar no sólo asociaciones autonómicas, sino también enfermeros/as que desarrollan su actividad profesional en el campo de la enfermería y/o ciencias afines, estudiantes que se encuentran cursando una carrera universitaria y entidades colaboradoras.

<sup>10</sup> Ausencia de estudios sobre grado de utilización.

<sup>11</sup> PE necesario en la enfermería radiológica.

<sup>12</sup> Ausencia de mención sobre lenguaje estandarizado en registros de enfermería.

Los pacientes neurológicos y neuro-quirúrgicos presentan necesidades específicas y complejas.<sup>109 110</sup> Por ello, requieren de profesionales que aglutinen un elevado conocimiento en gestión de casos, neurofisiología y valoración neurológica<sup>111</sup> para poder dispensar unos cuidados de calidad.<sup>112 113</sup>

La Asociación Española de Enfermería en Neurociencias (AEEN) se constituye con el fin de poner en común las experiencias e inquietudes de la enfermería en neurociencia española.

A día de hoy, AEEN aglutina un total de 125 profesionales y persigue los siguientes objetivos:

- Contribuir al interés general con todos los medios a su alcance, dentro del ámbito nacional, al progreso científico y a la investigación para mejorar el conocimiento de las enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, así como el intercambio de experiencias, con vistas a lograr una mejor atención y cuidado a los enfermos.
- Fomentar el estudio y desarrollo teórico y práctico de enfermería en el área de las neurociencias.
- Promover el reconocimiento de los profesionales de enfermería en el área de las neurociencias.
- Incidir en las interacciones asistenciales entre paciente-familia-profesional de enfermería.
- Proporcionar formación continuada a los profesionales dedicados al cuidado del paciente neurológico y neuroquirúrgico, tanto en aspectos sanitarios como socio familiares, para ayudar a conseguir en la medida de lo posible su adaptación plena a la vida social y laboral.
- Conseguir la difusión y conocimiento de las neurociencias y sus implicaciones para lograr de instituciones públicas y privadas el apoyo necesario para investigación, difusión y divulgación del mejor conocimiento de dichas patologías.

La enfermería oftalmológica también requiere de una alta especialización por parte de los profesionales que intervienen en la prevención, detección, cuidado, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades oculares.

La Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica (SEEOF) se encuentra formada por 150 miembros y nació en la Reunión Nacional de Enfermería Oftalmológica en el año 2000, como una inquietud de un colectivo de profesionales con ansias de perfeccionar su trabajo y adquirir una mayor especialización de cara a satisfacer las demandas de una población que cada día precisa más de nuestros cuidados.

En el contexto médico-quirúrgico también ejercen profesionales especializados en nutrición y dietética.

La Asociación Española de Enfermeras de Nutrición y Dietética (ADENYD) fue creada en 1988 por un grupo de enfermeras que trabajan en Unidades de Nutrición y Dietética y en la actualidad agrupa a 120 enfermeros.

Ya en 1939, Stevenson consideraba que la enfermería traumatológica y ortopédica aglutinaba conocimientos y capacidades especiales por parte de los profesionales.<sup>114</sup> A día de hoy, dispensan sus cuidados a pacientes con problemas musculoesqueléticos aplicando un enfoque holístico.

La Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia (AEETO) fue fundada en 1988, con la intención de reunir un amplio colectivo de enfermería que trabajaba en los distintos campos de esta especialidad y cuenta en la actualidad con 202 asociados. Uno de sus objetivos prioritarios es el desarrollo científico de los profesionales vinculados a la Traumatología y la Ortopedia.

Los enfermeros especialistas en cirugía también ejercen sus funciones en el ámbito médico-quirúrgico. Esta rama de la enfermería se centra en el cuidado del paciente que entra en un proceso quirúrgico, relacionado con cirugía general y digestiva. Estos profesionales se encuentran representados desde el año 2008 por la Sociedad Científica Española de

Enfermería en Cirugía (SEECir) de ámbito nacional. El objetivo principal de SEECir es promover el desarrollo científico de los profesionales de enfermería en todos los procesos que engloban la atención enfermera en el ámbito de la cirugía y que surge para unificar criterios en cuanto a los cuidados de los pacientes sometidos cirugía.

La Asociación Española de Enfermería en Endoscopia Digestiva (AEEED) surge en 1991 como respuesta a la necesidad de una atención especializada cualificada por parte de los profesionales que dispensan sus cuidados a los pacientes con alteraciones del aparato digestivo y en la especialidad de la endoscopia digestiva.

Para garantizar el éxito de la enfermería en endoscopia digestiva, se requiere y exige una formación continuada adecuada de estos profesionales. Por ello, AEEED promueve actividades científicas, técnicas, y docentes, estimulando y potenciando el interés, perfeccionamiento y especialización en los aspectos asistencial, docente y de investigación. Así mismo, contribuye a la educación sanitaria acerca de la naturaleza de nuevas técnicas ó procedimientos endoscópicos y coopera con los Organismos Oficiales y otras instituciones interesadas, para el impulso de los aspectos relativos a la endoscopia digestiva.

Los enfermeros expertos en estomaterapia digestiva son profesionales que ejercen en el entorno médico-quirúrgico y asesoran y educan a los pacientes sobre cómo cuidar los estomas, seguimiento de una dieta adecuada, dispositivos más adecuados en función del tipo de estoma y apoyan en las alteraciones psicoafectivas por el trastorno en la imagen corporal que sufren los pacientes ostomizados.<sup>115</sup>

A día de hoy, 119 enfermeros expertos en estomaterapia se agrupan en la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (SEDE), que surge en 1988.

### **1.5.3 ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Para Ramos Calero la enfermería comunitaria es la disciplina que sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de la enfermería y de la salud pública y los aplica, como alternativa de trabajo en la comunidad, con el fin de promover, mantener y



restaurar la salud de la población, contando con la participación de ésta, mediante cuidados directos e indirectos a los individuos, familias, otros grupos y a la propia comunidad en su conjunto, como miembro de un equipo multidisciplinario y en el marco de una planificación general de atención a la salud.<sup>116</sup> La enfermería de familia busca promover y fomentar la salud, así como prevenir la enfermedad, ofreciendo cuidados integrales, integrados y continuos al individuo, familia y comunidad.

Los cuidados de enfermería comunitaria se remontan incluso a antes de la Edad Media, con la aparición de las órdenes religiosas y posteriormente con las enfermeras visitadoras en el siglo XX.<sup>117</sup>

En 1984 surge la reforma de la Atención Primaria de Salud en nuestro país y, tras la Ley General de Sanidad 14/1986, se regulan las especialidades de enfermería, entre las que se incluye la Salud Comunitaria.

Sin embargo, no será hasta el año 2005 cuando se aprueba el Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre especialidades de enfermería y en 2006 cuando se publica la orden SAS/1729/2010 con el programa formativo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria, que presenta una duración de dos años para los enfermeros residentes.

Es necesario matizar que en el programa formativo de la especialidad se hace referencia a competencias clínicas avanzadas, entre las cuales se encuentran *“la aplicación de los modelos conceptuales para la práctica de la enfermería en el ámbito de la atención familiar y comunitaria, utilizar el proceso enfermero de valoración del estado de salud, identificación de problemas de salud/diagnósticos enfermeros y objetivos del usuario (familia o grupo), planificación de intervenciones de tratamiento enfermero y evaluación de los resultados.”*

La bibliografía existente en materia de modelos conceptuales, proceso enfermero y lenguaje estandarizado en enfermería es más abundante en el contexto de la enfermería comunitaria que en los entornos tratados previamente en este trabajo, tal y como se muestra en la Tabla 4.

Observamos como en la primera columna de la Tabla 4 se recogen los modelos conceptuales de enfermería que se identifican en algunos de los trabajos llevados a cabo en el ámbito familiar y comunitario. La segunda columna recoge estudios que abordan la aplicación de la metodología enfermera en este contexto. Observamos en la última columna de la Tabla 4 como existe un mayor número de trabajos que en otros contextos de la enfermería que abordan el empleo de los diagnósticos enfermeros.

*Tabla 4. Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en enfermería familiar y comunitaria*

Modelos conceptuales	Metodología	Lenguaje estandarizado
Modelo Leininger (1970) <sup>118</sup>	PEC desarrollados para la práctica de la enfermería familiar y comunitaria. <sup>119</sup>	Diagnósticos: Diversos trabajos establecen el patrón habitual de diagnósticos en la práctica diaria de la enfermería comunitaria. <sup>120 121 122</sup>
Modelo Dorothea Orem (1993) <sup>123 124</sup>	Manuales de PE en enfermería familiar y comunitaria. <sup>125</sup>	Resultados e Intervenciones de enfermería: modelos de lenguajes específicos para intervenciones de enfermería familiar (PHI) <sup>126</sup> NOC específicos para la enfermería comunitaria.



2

# **JUSTIFICACIÓN, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**



## 2.1 JUSTIFICACIÓN

Existen varios motivos que justifican la pertinencia de la realización del presente estudio:

- a) En primer lugar, no se ha hallado bibliografía específica sobre el objeto de estudio tras la revisión en las bases de datos (CATÁLOGO CISNE, COMPLUDOC, ENFISPO, MEDLINE, CUIDEN, LICACS, PUBMED, DIALNET, SCIELO, DOAJ, BIOMED CENTRAL, PLOS ONE), ya que existe un vacío de conocimiento científico relacionado con la influencia que puede tener el fenómeno del asociacionismo científico en el grado de utilización de los modelos conceptuales, PEC y lenguaje enfermero por parte de los profesionales de enfermería que ejercen en España.
- b) La mayoría de estudios realizados abordan el uso de los modelos de enfermería, proceso enfermero y lenguajes enfermeros estandarizados en diversos ámbitos de la enfermería empleando metodologías distintas, por lo que la comparación se torna difícil.
- c) Actualmente nos encontramos en un momento de importante desarrollo y transición de la enfermería española, debido al desarrollo de las especialidades y a la publicación de los programas formativos de las mismas, en los cuales la investigación ocupa un lugar destacado.
- d) Se trata de una cuestión de actualidad que puede contribuir al debate existente en la profesión enfermera en cuanto a la utilización de los modelos de enfermería y utilidad de los lenguajes enfermeros estandarizados.

Este estudio permitirá conocer el grado de utilización, conocimientos y opinión de los enfermeros participantes respecto al lenguaje estandarizado, metodología y modelos conceptuales vigentes a día de hoy en la profesión, surgidos en las últimas décadas y en continuo debate en la actualidad debido al momento de cambio y evolución de la enfermería. Igualmente, en este proyecto se conocerán aspectos relacionados con el empleo de estas

herramientas enfermeras por parte de los profesionales de enfermería participantes. Esta información es relevante para la puesta en marcha de políticas e iniciativas que incentiven el uso de los lenguajes estandarizados, los PEC y los marcos conceptuales por parte de la enfermería española.

Los resultados de esta investigación pueden ser aplicados a la planificación de la formación teórica y metodológica de los enfermeros generalistas y especialistas, ya que a día de hoy contamos con planes formativos de reciente gestación tras la aprobación del R.D. 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería y el R.D. 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales y la orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, para el título de Graduado en enfermería. Nuestros hallazgos pueden colaborar a la mejora de la calidad académica de los profesionales y estimular la investigación y desarrollo de nuevos marcos teóricos, lingüísticos y conceptuales para la profesión enfermera.

Así mismo, este proyecto permitirá poner de relieve e impulsar el papel de las sociedades científicas en el desarrollo de la ciencia enfermera y de los profesionales, fomentando su implicación en la difusión y desarrollo de los cimientos teóricos de la enfermería.

En definitiva, se trata de una investigación necesaria pues aporta una visión general del grado de utilización, conocimientos, utilidad y posicionamiento de los profesionales sobre los aspectos metodológicos, conceptuales y sistemas de lenguaje estandarizado, permitiendo conocer la influencia de factores como la antigüedad laboral, el campo de actuación profesional y el asociacionismo científico en el empleo de estas herramientas enfermeras.

## 2.2 HIPÓTESIS

Existe relación entre el asociacionismo científico en enfermería y el grado de utilización de los modelos conceptuales, la metodología enfermera y el lenguaje enfermero estandarizado.

## 2.3 OBJETIVOS

### 2.3.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar un análisis descriptivo del grado de utilización de los modelos conceptuales de enfermería, los PEC y los sistemas de clasificación de diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras, que están llevando a cabo los enfermeros en España en función de su pertenencia o no a una sociedad científica.

### 2.3.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Conocer el grado de utilización de los modelos conceptuales de enfermería, los PEC y los sistemas de clasificación de diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras, que están llevando a cabo los enfermeros españoles, en función de su campo de actuación.
- Valorar la opinión, en relación a la utilidad y elección, de los enfermeros sobre los modelos conceptuales de enfermería, proceso enfermero y sistemas de clasificación de diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras que existen en la actualidad.
- Analizar la opinión de los participantes sobre el desarrollo de modelos conceptuales, planes de cuidados y lenguaje estandarizado más específicos para su campo de actuación profesional.
- Estudiar la relación entre la utilización de los modelos conceptuales, los PEC y lenguaje enfermero estandarizado con la antigüedad laboral de los profesionales de enfermería encuestados.
- Determinar el grado de conocimiento sobre los sistemas de clasificación de diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros, modelos conceptuales y PE de los enfermeros participantes en este proyecto.





3

# METODOLOGÍA



## 3.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se ha diseñado un estudio descriptivo estructurado en dos partes:

- a) Modelos conceptuales, metodología enfermera y lenguaje estandarizado en enfermería del trabajo: llevado a cabo entre los meses de octubre de 2011 y junio de 2012. A partir de este momento se denomina a esta fase de la investigación como primera fase de la misma.
- b) Modelos conceptuales, metodología y lenguaje enfermero en enfermería: puesto en marcha entre los meses de octubre de 2012 y concluido en mayo de 2014. Desde este momento esta parte de la investigación corresponde a la segunda fase de la misma.

## 3.2 POBLACIÓN

La población de estudio del presente trabajo son los enfermeros que ejercen en España y que han participado con carácter voluntario en esta investigación.

En la actualidad es habitual que los enfermeros se agrupen en sociedades de carácter científico, en función de su formación académica o ámbito de actuación. En España existen más de 40 sociedades científicas de enfermería y entornos científicos en los que enfermería está representada, según datos facilitados por el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España.

El contacto con las distintas sociedades científicas se ha llevado a cabo vía correo electrónico, remitido desde la cuenta de correo electrónico del investigador principal y dirigido a los presidentes de cada sociedad científica o, en su defecto, a la dirección de correo electrónico de contacto de cada sociedad.

El motivo de escoger el contacto por esta vía de comunicación se fundamenta en las distintas ventajas del correo electrónico:

- Se trata de una forma de comunicación dinámica, ya que puede recibirse desde distintos dispositivos y ubicaciones.
- Es un medio de comunicación económico y su coste no varía con la ubicación del destinatario.
- No requiere respuesta inmediata, sino que el destinatario puede gestionarlo en distintos momentos.
- Permite adjuntar documentos, como memorias científico-técnicas.
- Facilita el control de la recepción del mensaje, gracias a las herramientas de acuse de recibo y lectura.

En la Tabla 5 se detallan las sociedades científicas con las que contactó el equipo investigador en el mes de enero de 2013, siendo éstas un total de 41.

*Tabla 5. Sociedades científicas contactadas*

SOCIEDAD CIENTÍFICA	URL
Unión española de Sociedades Científicas de Enfermería	<a href="http://www.uesce.org/">http://www.uesce.org/</a>
Asociación Española de Enfermería de Cuidados Paliativos	<a href="http://secpal.com/aecpal/sociedad/">http://secpal.com/aecpal/sociedad/</a>
Sociedad Española de Enfermería Radiológica	<a href="http://www.enfermeriaradiologica.org/">www.enfermeriaradiologica.org/</a>
Asociación Nacional de Enfermería Dermatológica e Investigación del deterioro de la Integridad Cutánea	<a href="http://www.anedidic.com/">www.anedidic.com/</a>
Asociación Española de Diplomados en Enfermería en Análisis Clínicos	<a href="http://www.enferaclinic.org/asoc/hist/index.htm">www.enferaclinic.org/asoc/hist/index.htm</a>
Asociación Española de Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor	<a href="http://www.aseedar-td.org/">www.aseedar-td.org/</a>
Asociación Española de Enfermería en Cardiología	<a href="http://www.enfermeriaencardiologia.com/">www.enfermeriaencardiologia.com/</a>
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria	<a href="http://www.faecap.com/">www.faecap.com/</a>
Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica	<a href="http://www.arrakis.es/~seegg/">http://www.arrakis.es/~seegg/</a>
Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias	<a href="http://seeiuc.org/">http://seeiuc.org/</a>
Sociedad Española de Enfermería Nefrológica	<a href="http://www.seden.org/">www.seden.org/</a>

SOCIEDAD CIENTÍFICA	URL
Asociación Española de Enfermería en Neurociencias	<a href="http://www.aeen.es/">www.aeen.es/</a>
Sociedad Española de Enfermería Neurológica	<a href="http://www.seden.org/">www.seden.org/</a>
Asociación de Diplomados en Enfermería en Nutrición y Dietética	<a href="http://www.adenyd.es/">www.adenyd.es/</a>
Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica	<a href="http://www.seeof.org/">www.seeof.org/</a>
Sociedad Española de Enfermería Oncológica	<a href="http://www.seeo.org/">www.seeo.org/</a>
Asociación Española de Enfermería en Otorrinolaringología	<a href="http://idd00x1v.en.eresmas.com/Intitucio.htm">http://idd00x1v.en.eresmas.com/Intitucio.htm</a>
Asociación Española de Enfermería en Patología Digestiva	<a href="http://www.aeepd.com/">www.aeepd.com/</a>
Asociación Española de Perfusionistas	<a href="http://www.aep.es/">www.aep.es/</a>
Sociedad Española de Enfermería de Equipos de Terapia Intravenosa	<a href="http://www.asociaciondeenfermeriaeti.com/">www.asociaciondeenfermeriaeti.com/</a>
Sociedad Española de Enfermería de Quemados y Cirugía Plástica	<a href="http://www.enfermeriadeportiva.com/index.php?page=empresas...25">www.enfermeriadeportiva.com/index.php?page=empresas...25</a>
Asociación española de Enfermería Comunitaria	<a href="http://www.enfermeriacomunitaria.org">www.enfermeriacomunitaria.org</a>
Federación Española de Asociaciones de Educadores en Diabetes	<a href="http://www.fundaciondiabetes.org/">www.fundaciondiabetes.org/</a>
Asociación Española de Enfermería Quirúrgica	<a href="http://www.aeeq.net/">www.aeeq.net/</a>
Asociación Española de Enfermería Endoscópica Digestiva	<a href="http://www.aeed.com/">www.aeed.com/</a>
Federación Española de Asociaciones de Enfermería Radiológica	<a href="http://www.enfermeriaradiologica.org">www.enfermeriaradiologica.org</a>
Asociación Nacional de Enfermería en Salud Mental	<a href="http://www.anesm.net/">www.anesm.net/</a>
Sociedad Española de Enfermería Holística y Naturista	<a href="http://www.arrakis.es/~jclw/852.html">www.arrakis.es/~jclw/852.html</a>
Asociación Española de Enfermería del Trabajo y Salud Laboral	<a href="http://www.enfermeriadeltrabajo.com/">www.enfermeriadeltrabajo.com/</a>
Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia	<a href="http://www.aeeto.com/">www.aeeto.com/</a>
Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias	<a href="http://www.enfermeriadeurgencias.com/">www.enfermeriadeurgencias.com/</a>
Asociación Española de Enfermería en Urología, Andrología e Incontinencia	<a href="http://www.enfuro.es/">www.enfuro.es/</a>
Asociación Española de Enfermería Vascular	<a href="http://www.aeev.net/">www.aeev.net/</a>
Asociación Española de Enfermería de la Infancia	<a href="http://www.murciapediatrica.com">www.murciapediatrica.com</a>
Sociedad Española de Enfermería Radiológica Intervencionista	<a href="http://www.serie.es/">www.serie.es/</a>
Asociación Nacional de Enfermería Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales	<a href="http://www.anecipn.org/">www.anecipn.org/</a>
Asociación Española de Enfermería en Estomaterapia	<a href="http://www.estomaterapia.es/">www.estomaterapia.es/</a>
Asociación Española de Enfermería del Lesionado Medular	<a href="http://www.aselme.com/">www.aselme.com/</a>
Asociación Española de Enfermería Pediátrica	<a href="http://www.seen-enfermeria.com/">www.seen-enfermeria.com/</a>

SOCIEDAD CIENTÍFICA	URL
Asociación Española de matronas	<a href="http://www.aesmatronas.com/">www.aesmatronas.com/</a>

En la Tabla 6 se enumeran las 15 sociedades científicas españolas que aceptaron y participaron con carácter voluntario en este proyecto de investigación.

*Tabla 6. Sociedades científicas participantes*

SOCIEDAD CIENTÍFICA	SIGLAS
Asociación Española de Enfermería en Neurociencias	AEEN
Sociedad Española de Enfermería Radiológica	SEER
Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica	SEEOF
Enfermería de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica	NEUMOMADRID
Asociación de Diplomados en Enfermería de Nutrición y Dietética	ADENYD
Área de Enfermería de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica	SEPAR
Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia	AEETO
Asociación Española de Especialistas en Enfermería del Trabajo	AET
Sociedad Española de Enfermería en Cirugía	SEECir
Asociación Española de Enfermería Comunitaria	AEC
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria	FAECAP
Asociación Española de Enfermería Endoscópica Digestiva	AEED
Sociedad Española de enfermeros expertos en Estomatología	SEDE
Sociedad Española de Enfermería Neonatal	SEEN
Asociación Española de Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería	AENTDE

Así mismo, se ha contado también con la colaboración del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España y el Colegio de Enfermería de Madrid (CODEM), quienes han participado de manera activa en la difusión de este proyecto.

Podemos afirmar que nuestra N es como mínimo de 2377 enfermeros, ya que éstos son los miembros de las sociedades científicas que han participado en este proyecto. Sin embargo, a

día de hoy desconocemos el número máximo de profesionales a los que les ha sido enviada la encuesta, debido a la importante difusión que ha tenido por parte de los organismos colaboradores.

### **3.3 INSTRUMENTO DE MEDIDA**

#### **3.3.1 ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA**

Tras una intensa búsqueda bibliográfica se constató la ausencia de un método de medida ya establecido y creado, relacionado con la materia a estudiar en este trabajo y que respondiera a los objetivos anteriormente planteados.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en castellano y en inglés en las siguientes bases de datos: CATÁLOGO CISNE, COMPLUDOC, ENFISPO, MEDLINE, CUIDEN, LICACS, PUBMED, DIALNET, SCIELO, DOAJ, BIOMED CENTRAL, PLOS ONE, entre los meses de octubre de 2011 y junio de 2012 y, posteriormente, en el intervalo comprendido entre enero y junio de 2013. Estas fechas se enmarcan en las dos fases de esta investigación.

Los descriptores utilizados fueron: “enfermería”, “modelos conceptuales”, “lenguaje estandarizado”, “metodología enfermera”, “nursing”, “conceptual models”, “standardized language”, “nursing process”.

Se incluyeron los artículos de todas las revistas desde el año en que se indexaron en las bases de datos, escogiéndose finalmente únicamente aquellos que versaban sobre el grado de utilización de estas herramientas enfermeras y que se detallan en la bibliografía de este estudio.

Para conocer el grado de utilización de los modelos conceptuales, PEC y lenguaje estandarizado que están llevando a cabo los enfermeros en España, se diseñó una encuesta que consta de 15 preguntas de tipo cerrado, organizadas en 5 bloques, que incluyen las variables recogidas en el Anexo 2 del presente documento.



Esta encuesta, fue desarrollada y puesta en práctica a través de la herramienta informática Google Drive.

### 3.3.2 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA

#### 3.3.2.1 VALIDACIÓN EN LA PRIMERA FASE DE LA INVESTIGACIÓN

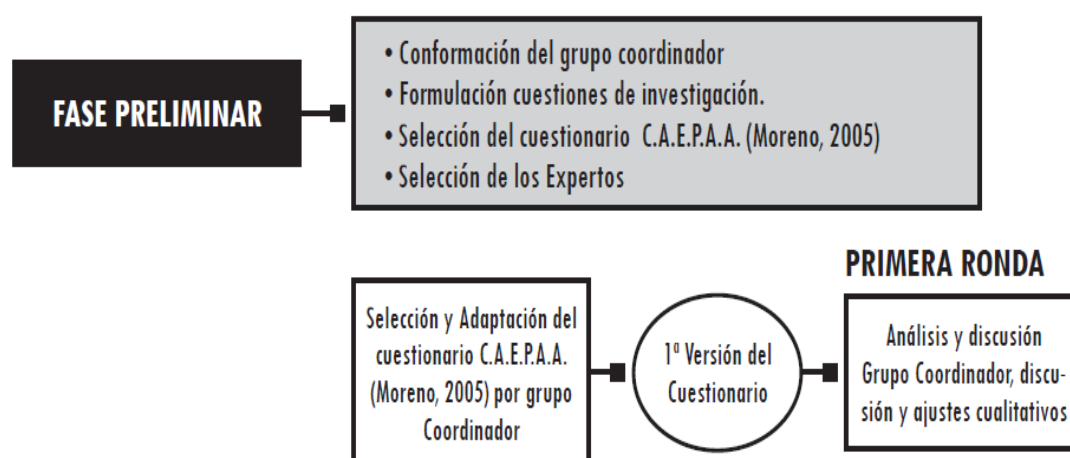
Durante el mes de enero de 2012 se procedió a la validación de la encuesta para ser utilizada en la primera fase de la investigación. Se realizó una técnica Delphi entre expertos para conseguir garantizar la validez de contenido.

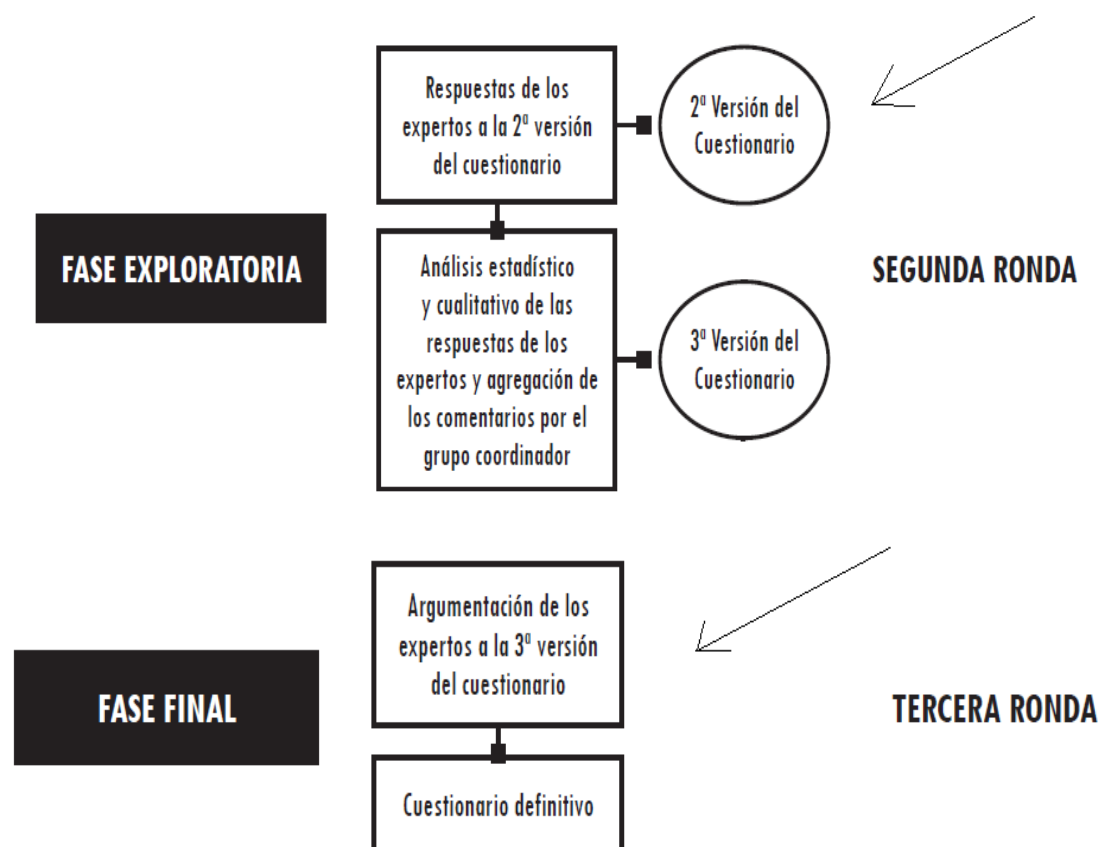
El método Delphi se trata de un procedimiento eficaz y sistemático que tiene como objeto la recopilación de opiniones de expertos sobre un tema particular con el fin de incorporar dichos juicios en la configuración de un cuestionario y conseguir un consenso a través de la convergencia de las opiniones de expertos diseminados geográficamente.

La utilización del método Delphi como instrumento de validación de cuestionarios ha sido ampliamente utilizada en numerosos estudios y ámbitos de conocimiento.

Siguiendo los criterios de un grupo de autores que han aplicado el método Delphi en sus investigaciones, se estableció la secuencia metodológica a seguir, basándonos en las siguientes fases: Preliminar, Exploratoria y Final, como se puede observar en la Figura 3.<sup>127</sup>

*Figura 3. Fases de la técnica Delphi*





Fuente de la imagen: Blasco Mira JE, López Padrón A, Mengual Andrés S. Validación mediante método Delphi de un cuestionario para conocer las experiencias e interés hacia las actividades acuáticas con especial atención al windsurf. *Ágora para la ef. y el deporte* 2010; 12(1):75-96.

### 3.3.2.1.1 FASE PRELIMINAR

En esta primera fase se conformó el grupo coordinador. Se seleccionó el grupo de expertos y se obtuvo su compromiso de colaboración.

Los requisitos para participar en el grupo, es decir, el perfil de experto que se exigía era:

- a) Enfermero titulado o graduado, especialista en enfermería del trabajo.
- b) Ejercer en la actualidad como enfermero del trabajo.

Estos criterios se establecen teniendo en cuenta que esta primera fase de la investigación se dirige exclusivamente a la enfermería del trabajo. Por ello, se considera que el panel de expertos debe estar formado por profesionales de enfermería que cuenten con la especialidad de enfermería del trabajo y que en la actualidad ejerzan en el contexto de la salud laboral.

#### **3.3.2.1.2 FASE EXPLORATORIA**

En ella se llevó a cabo la adaptación del cuestionario.

#### **3.3.2.1.3 FASE FINAL**

En esta última fase se sintetizaron los resultados de todo el proceso de validación mediante la versión definitiva del cuestionario para su posterior aplicación en el proceso de investigación.

De manera simultánea al método Delphi y para garantizar la validez de criterio, se seleccionó una muestra de conveniencia formada por expertos.

Los resultados de la validación del cuestionario en la primera fase de la investigación se encuentran recogidos en el apartado 4.1.1 de esta Tesis Doctoral.

#### **3.3.2.2 VALIDACIÓN EN LA SEGUNDA FASE DE LA INVESTIGACIÓN**

Siguiendo esta misma metodología, en los meses de mayo y junio de 2013 se procedió a volver a la validar la encuesta para poder ser utilizada en otras colectividades participantes.

De nuevo se optó, en esta ocasión, por el método Delphi. Para conseguir los objetivos planteados, en concordancia con lo que plantea el método Delphi en sus postulados teóricos, se conformaron dos grupos encargados de validar el instrumento diseñado: el grupo coordinador y el grupo de expertos.

El grupo coordinador se encontraba compuesto por el investigador principal de este proyecto.

El grupo de expertos se formó con un total de 16 individuos miembros de las sociedades científicas participantes en esta investigación.

Los requisitos para participar en este segundo grupo, es decir, el perfil de experto que se exigía era:

- a) Enfermero titulado o graduado.
- b) Ser miembro destacado o presidir alguna de las sociedades científicas participantes.
- c) Ejercer en la actualidad como enfermero en el ámbito o contexto de la sociedad científica que representa.

Estos requisitos se fijaron en base a la población a la que iba a estar dirigida la encuesta en esta segunda ronda de la investigación. Con los tres requisitos se asegura que cada experto se trata de un profesional de enfermería miembro de una de las sociedades científicas participantes y de los contextos abordados en la investigación.

El cuestionario inicial con el que se trabajó, agrupa los ítems en torno a varios temas. Inicialmente se presentaron los ítems de información general recogida de cada encuestado, y posteriormente varios ítems englobados en conocimientos, grado de utilización de los modelos conceptuales de enfermería, el lenguaje enfermero y los PEC, la utilidad de estas herramientas y la opinión de los expertos sobre éstos.

El objetivo principal perseguido por el equipo investigador para llevar a cabo de nuevo una técnica Delphi en esta segunda parte de la investigación fue permitir tener una primera aproximación de cada experto, así como valorar la pertinencia y aplicabilidad del cuestionario en otras colectividades y sociedades científicas aparte de la enfermería del trabajo.

La descripción de los valores cuantitativos se realizó mediante los estadísticos descriptivos de la media, la desviación típica e intervalo de confianza para la media. Dado que es posible que las distribuciones de los datos no siguieran una distribución Gaussiana, se indicaron también otros estadísticos robustos como la mediana y el rango intercuartílico, así como el valor máximo y mínimo.

Las distribuciones de variables categóricas se describieron por medio de frecuencias absolutas y porcentuales de la distribución.

De nuevo se siguió la secuencia metodológica trifásica expuesta anteriormente:

a) Fase Preliminar

Se conformó el grupo coordinador y de expertos, cuya formación y requisitos se han especificado anteriormente.

b) Fase Exploratoria

Se siguió la misma metodología expuesta anteriormente.

c) Fase Final

d) Pertinencia para la investigación

A los encuestados se les preguntó sobre la pertinencia de cada pregunta para la investigación llevada a cabo, es decir, tener una valoración para saber si cada pregunta era adecuada cuestionarla o no.

e) Claridad en la pregunta

A los encuestados se les preguntó sobre la claridad de cada pregunta, es decir, tener una valoración para saber si cada ítem se ha formulado de manera clara o no.

f) Aplicabilidad para la sociedad científica

A los encuestados se les solicitó información sobre la aplicabilidad de cada pregunta, es decir, tener una valoración para saber si cada pregunta es aplicable a la sociedad científica a la que pertenece o no.

g) Tiempo invertido en realizar la encuesta

Se evaluó también el tiempo empleado para cumplimentar la encuesta.

Finalmente, se procedió a añadir información relativa a posibles factores de confusión de algunas de las sociedades científicas participantes.

Los resultados de la validación del instrumento de medida en la segunda fase de la investigación se encuentran recogidos en el apartado 4.1.2 de este documento.

### 3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

Para el procedimiento de recogida de datos se optó por el empleo de técnicas de internet por los siguientes motivos:

- Las técnicas online facilitan la cumplimentación de los cuestionarios en un mínimo tiempo frente a otras metodologías. Los encuestados pueden decidir el momento para contestar la encuesta y hacerlo desde cualquier dispositivo que se conecte a internet.

- Reducido coste: El coste de enviar y recibir correos electrónicos es bajo frente a otras técnicas, tales como las entrevistas personales o postales. Este aspecto es especialmente interesante cuando existe dispersión geográfica de la población de estudio, como es el caso de este proyecto.

- Gracias a las herramientas informáticas de recogida de datos online, la transferencia de los datos se realiza de manera automática a una base de datos en formato electrónico. Esto también nos da la posibilidad de exportar los datos estadísticos en tiempo real.

- Además se eliminan los errores generados por la introducción manual de respuestas, también conocidos como “data entry” y el sesgo del entrevistador.

Por estos motivos la encuesta elaborada para esta investigación y recogida en el Anexo A de este documento, fue enviada mediante un link genérico vía correo electrónico a las sociedades científicas, las cuales, a su vez, lo remitieron a los enfermeros miembros de cada una de ellas, tal y como se especifica en la Tabla 7.

*Tabla 7. Sociedades científicas participantes y números de socios*

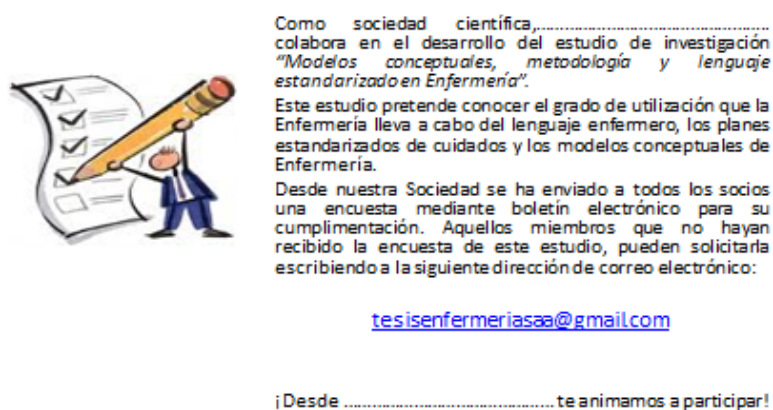
SOCIEDAD CIENTÍFICA	SIGLAS	NÚMERO DE SOCIOS
Asociación Española de Enfermería en Neurociencias	AEEN	125
Sociedad Española de Enfermería Radiológica	SEER	500
Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica	SEEOF	150
Asociación de Diplomados en Enfermería de Nutrición y Dietética	ADENYD	120
Área de Enfermería de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica	SEPAR	251
Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia	AEETO	202
Asociación Española de Especialistas en Enfermería del Trabajo	AET	250
Sociedad Española de Enfermería en Cirugía	SEECir	-- (*)
Asociación Española de Enfermería Comunitaria	AEC	607
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria	FAECAP	-- (*)
Asociación Española de Enfermería Endoscópica Digestiva	AEED	-- (*)
Sociedad Española de enfermeros expertos en Estomatología	SEDE	119
Sociedad Española de Enfermería Neonatal	SEEN	-- (*)
Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica	NEUMOMADRID	53
Asociación Española de Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería	AENTDE	-- (*)

(\*) Dato no facilitado por la sociedad científica.

En dicho correo electrónico, además de explicárseles a los enfermeros destinatarios el objeto de la investigación, se incluía un link genérico que daba acceso directo al portal de Internet en el que se encontraba la encuesta.

Así mismo, en enero de 2012 para la AET y posteriormente en junio de 2013 respectivamente para el resto de sociedades científicas colaboradoras, desde el equipo investigador se dio la posibilidad de incluir en sus páginas web oficiales la información que aparece en la Figura 4 de este documento:

Figura 4. Banner para páginas web de las sociedades científicas



El motivo de incluir esta información adicional en la página web oficial de cada sociedad científica, fue incrementar la difusión de la investigación para aquellos enfermeros miembros que no dispusieran de cuenta de correo electrónico operativo.

Adicionalmente desde el equipo investigador se creó una cuenta de correo electrónico para poder enviar el cuestionario a aquellos socios que no hubieran recibido el link de la misma por cualquier motivo. De este modo los asociados podían escribir a la dirección de correo electrónico y solicitar que la encuesta les fuera enviada. Un total de tres personas solicitaron el envío de la encuesta por este medio, siendo todos ellos miembros de AET.

### 3.5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante los meses de octubre de 2011 y posteriormente en enero de 2013, se contactó con las sociedades científicas de enfermería en España para solicitar su colaboración y permisos necesarios para la realización en esta investigación. Esta colaboración se centró de manera fundamental en la difusión de la investigación y el envío de la encuesta a los enfermeros miembros de cada sociedad científica. Para salvaguardar los derechos de los asociados en cuanto a seguridad de la información y cumplir la normativa de protección de datos de carácter



personal vigente en territorio nacional, se acordó que cada sociedad científica enviara directamente la encuesta a los enfermeros asociados, de manera que el equipo investigador no tuviera acceso a datos de carácter personal que pudieran identificar a los sujetos participantes en este proyecto.

En los Anexos D, E, F, G, H, I, J, K, L, M y N de este trabajo se adjuntan los documentos que acreditan la colaboración con las sociedades científicas participantes que han emitido dichos certificados de colaboración a petición y nombre del investigador principal.

En febrero de 2012 se presentó este estudio de investigación a la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, obteniendo una valoración favorable a la puesta en marcha y desarrollo de la misma.

Es importante destacar que los datos recogidos en esta investigación han sido tratados de manera confidencial y anónima. El equipo investigador no ha tenido acceso al correo electrónico ni a otros datos de filiación de los participantes y asociados. Como excepción, debemos reseñar los tres profesionales que decidieron contactar con el equipo investigador a través de la dirección de correo electrónico creada con este fin. En este caso sí se tuvo acceso a los correos electrónicos de estos encuestados pero la herramienta informática Google Drive no permite asociar la encuesta cumplimentada con la dirección de correo electrónico de estos tres enfermeros.

Para respetar las consideraciones éticas y salvaguardar los derechos de los participantes en este proyecto, se incluyó un consentimiento informado en la encuesta utilizada en este estudio, en el que se informa a los voluntarios y se les pide conformidad de su participación. Este consentimiento informado se encuentra recogido en el Anexo A de la presente Tesis Doctoral.

### **3.6 MATERIAL Y MÉTODO ESTADÍSTICO**

La descripción de los valores cuantitativos se realizó mediante los estadísticos descriptivos de la media, la desviación típica e intervalo de confianza para la media. Dado que es posible

que las distribuciones de los datos no sigan una distribución Gaussiana, se indicaron también otros estadísticos robustos como la mediana y el rango intercuartílico, así como el valor máximo y mínimo.

Las distribuciones de variables categóricas se han descrito por medio de frecuencias absolutas y porcentuales de la distribución.

Para detectar relaciones estadísticamente significativas entre las variables, dado que se trata de variables categóricas, se utilizó el test de la Chi-cuadrado, optando por el test exacto de Fisher cuando no se cumplieron los supuestos necesarios para usar la Chi-cuadrado.

Para el caso de variables de escala ordinal frente a variables dicotómicas se utilizó el test de Tendencia de Cochran-Armitage.

El tratamiento de datos se ha realizado empleando el paquete estadístico SAS 9.3 Copyright (c) 2002-2010 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA, agrupando los datos en función de la variable Pertenencia a una sociedad científica, Antigüedad Profesional y Campo de Actuación. Para este proceso se ha contado con el asesoramiento de la empresa Pértica, especializada en bioestadística.



4

# RESULTADOS



## **4.1 RESULTADO DE LA VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA**

### **4.1.1 RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN EN LA PRIMERA FASE DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **4.1.1.1 FASE PRELIMINAR**

En esta primera fase se conformó el grupo coordinador. Se seleccionó el grupo de expertos y se obtuvo su compromiso de colaboración.

Se constituyó un grupo de expertos formado por 5 enfermeros del trabajo que cumplieran los requisitos especificados en el apartado 3.3.2.1.1 de esta Tesis Doctoral.

#### **4.1.1.2 FASE EXPLORATORIA**

La dinámica de trabajo seguida durante esta etapa fue la siguiente:

La primera versión de la encuesta se sometió en una primera ronda al análisis y discusión de los miembros del grupo de investigación, donde se realizaron las correcciones y ajustes oportunos a partir de los criterios cualitativos que obtuvieron mayor consenso.

El grupo de expertos recibió la primera versión de la encuesta vía correo electrónico y, en un plazo de 15 días desde la recepción del cuestionario, cada miembro dio su opinión sobre la pertinencia de cada pregunta en relación a los objetivos de investigación. Así mismo, se les solicitó que indicaran si cada ítem se había formulado de manera clara.

Es necesario matizar que se excluyeron las preguntas de sexo y edad, por considerarlas variables universales. Por último, se solicitó al grupo de expertos que evaluaran de manera global el instrumento de medida, recabando información sobre la claridad de la presentación del mismo y su idoneidad para el objeto de estudio.

Tras esta técnica se procedió a eliminar un ítem y se envió de nuevo la encuesta al grupo de expertos.

La versión del cuestionario consensuada por los miembros del grupo se sometió, en una segunda ronda, a la validación del mismo, con la intención de recabar los criterios cuantitativos y cualitativos más estables. El envío y la recepción del cuestionario se realizó de nuevo por web, incluyendo de nuevo una explicación clara del objetivo de la investigación y las instrucciones para cumplimentar el cuestionario. En esta ocasión, el plazo máximo que se fijó fue de 30 días.

Los resultados de la segunda ronda de consulta para la validación por parte del grupo de expertos, fueron analizados para su tratamiento estadístico. Los resultados estadísticos tabulados, y el cuestionario modificado, teniendo en cuenta las sugerencias del grupo de expertos, fue enviado de nuevo a todos sus miembros.

#### **4.1.1.3 FASE FINAL**

En esta última fase se sintetizaron los resultados de todo el proceso de validación mediante la versión definitiva del cuestionario para su posterior aplicación en el proceso de investigación.

De manera simultánea al método Delphi y para garantizar la validez de criterio, se solicitó a una muestra de conveniencia formada por cinco expertos que cumplimentara la encuesta. Se seleccionaron los dos individuos con mayor y menor puntuación obtenida tras cumplimentar la encuesta. Posteriormente se calculó la media máxima y mínima de cada grupo y se procedió a hallar la diferencia entre ambas. Con este dato se calculó el índice de correlación de Pearson ( $r$ ) para cada ítem medido con escala Likert con el fin de establecer aquellos ítems que contaran con mayor poder de discriminación.

Al finalizar el método Delphi, se realizaron las siguientes modificaciones en el instrumento de medida:

- a) Tras contabilizar las respuestas se procedió a eliminar los ítems que obtuvieron 3 o menos respuestas afirmativas por parte del grupo de expertos. Esta información puede consultarse de manera más detallada en el Anexo C.

- b) Se suprimió el ítem 4 (señalado en amarillo en la Tabla 169, relativa a la claridad y recogida en el ANEXO C) ya que uno de los expertos consideró que la pregunta no estaba formulada de manera clara y otro de los miembros del grupo no respondió a la pregunta evaluando la claridad de este ítem.
- c) Por último se eliminó un ítem que obtuvo un índice de correlación menor de 0,2 (ítem 16; señalado en amarillo en la Tabla 170, incluida en el ANEXO C) en el análisis de los resultados de la muestra de conveniencia.

#### **4.1.2 RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN EN LA SEGUNDA FASE DE LA INVESTIGACIÓN**

De nuevo se siguió la secuencia metodológica trifásica expuesta anteriormente:

##### **4.1.2.1 FASE PRELIMINAR**

Se conformó el grupo coordinador y de expertos, tal y como se especifica en el apartado 3.3.2.2 de esta Tesis Doctoral.

##### **4.1.2.2 FASE EXPLORATORIA**

De los 16 expertos que conformaban el grupo, se obtuvo respuesta de 14 de ellos. En esta ocasión también se les solicitó información relativa al tiempo invertido en cumplimentar la encuesta.

##### **4.1.2.3 FASE FINAL**

Los resultados de esta fase se muestran en las tablas incluidas en el Anexo C.

##### **4.1.2.4 PERTINENCIA PARA LA INVESTIGACIÓN**

El 100 % de los encuestados afirmó que la encuesta respondía a los objetivos de la investigación. Los detalles de la valoración de la pertinencia por parte de los expertos se encuentran recogidos en el Anexo C.



#### **4.1.2.5 CLARIDAD EN LA PREGUNTA**

El 100% de los encuestados consideró que la encuesta era clara para los usuarios de la misma. Los resultados de la valoración para cada ítem se encuentran recogidos en el Anexo C de este documento.

#### **4.1.2.6 APLICABILIDAD PARA LA SOCIEDAD CIENTÍFICA**

El total de los encuestados afirmó que la encuesta podía ser empleada entre los miembros de la sociedad científica a la que representaban. El Anexo C recoge esta información de manera más detallada.

#### **4.1.2.7 TIEMPO INVERTIDO EN REALIZAR LA ENCUESTA**

Los encuestados afirmaron haber invertido en cumplimentar la encuesta entre 5 y 15 minutos. Se pueden consultar los tiempos de manera desglosada en el Anexo C.

Finalmente, se procedió a añadir información relativa a posibles factores de confusión de dos de las sociedades científicas, en concreto referente a la enfermería radiológica y a la enfermería en endoscopia digestiva, añadiendo esta información a la pregunta relativa al campo de actuación.

Debido al elevado consenso en materia de claridad y pertinencia de las preguntas, se ha mantenido la totalidad de las mismas, sin modificaciones del cuestionario inicial.

Además de la validez de apariencia, comentada anteriormente, se estudió en esta segunda fase de la investigación la validez de constructo. Con ello se ha evaluado si los diferentes ítems incluidos en el instrumento representan adecuadamente factores del concepto que se pretende medir. El procedimiento para evaluar la validez de contenido supone aplicar métodos estadísticos, concretamente el análisis factorial. En nuestro caso, se empleó un análisis factorial confirmatorio ya que existen 4 dimensiones en la escala a validar (ver Tabla 175, incluida en el Anexo C de este documento) y deseábamos ver si, efectivamente, se identificaban en el instrumento de medida.

Los pasos que se siguieron al realizar el análisis factorial de la encuesta incluyeron el estudio en la matriz de correlación, ya que es una técnica multivariante basada en la relación entre ítems. Si las correlaciones entre todas las variables son bajas, el análisis factorial no sería apropiado, pero por otra parte, si las variables tienen correlaciones altas, nos indicaría que son ítems redundantes. Lo que se buscó en este procedimiento es la existencia de correlaciones significativas y no demasiado altas. En la Tabla 176, Tabla 177 y Tabla 178, recogidas en el Anexo C de este documento, aparecen los coeficientes de correlación, que en general tienen valores medios. También se encuentra la tabla de significación de las correlaciones en la que se constata que todas ellas son significativas, a excepción de g2 con algún ítem. Este hecho no hizo pensar que se debiera eliminar este ítem del análisis puesto que sí correlaciona con otros.

De igual forma, se calculó el Test de esfericidad de Barlett. Este test, es otra posibilidad de examinar la matriz de correlaciones, donde se contrasta la hipótesis de que la matriz de correlaciones es la identidad. Esto significaría que las variables no están relacionadas entre sí (coeficientes de correlación dos a dos nulas). En nuestro caso el p-valor asociado fue  $< 0.001$ , lo que indica que efectivamente existe una relación entre los ítems, que nos permitió utilizar la técnica del análisis factorial.

Finalmente, se calculó otra de las formas de medida de adecuación muestral. El estadístico que se empleó, KMO, fue propuesto por Kaiser, Meyer y Olkin y para su interpretación, es necesario saber que toma valores entre cero y uno, y al igual que cualquier correlación cuanto mayor sea este valor mejor será el análisis factorial. De esta forma se aconsejan valores mayores de 0,75. En nuestro caso el valor de KMO fue de 0.912, lo que con todo lo dicho, puso de manifiesto que los resultados de aplicar un análisis factorial a los datos, nos aportó unos resultados consistentes.

Al tratarse de un análisis factorial confirmatorio, se obligó al modelo a extraer 4 factores, explicando de esta forma, un 75.41 % de la varianza total. La Tabla 8 es la matriz de componentes rotados, utilizando la rotación VARIMAX. En esta matriz, aparecen los

coeficientes que asocian a cada ítem su dimensión o factor, y se observa la siguiente estructura:

El factor 1, que explica un 47.345 % de la varianza está formado por los ítems o1-o5 (Opinión de la utilidad en el trabajo)

El factor 2, que explica un 13.490 % de la varianza está formado por los ítems c1-c5 (Conocimiento)

El factor 3, que explica un 8.319 % de la varianza está formado por los ítems f1-f7 (Frecuencia de uso en el trabajo)

El factor 4, que explica un 6.249 % de la varianza está formado por los ítems g1-g5 (Grado de acuerdo)

Para terminar, se calculó el análisis de validez de constructo para cada dimensión obtenida el grado de fiabilidad del mismo mediante el estadístico Alpha de Crombach. Estos valores, al ser mayores de 0.75 indican una buena fiabilidad de la estructura obtenida mediante el modelo factorial.

*Tabla 8. Grado de fiabilidad*

Factor	Alpha de Crombach
Conocimiento	0,930
Frecuencia de uso en el trabajo	0,904
Opinión de la utilidad en el trabajo	0,950
Grado de acuerdo	0,879

Para finalizar, se valoró la utilidad de la escala. Este aspecto hace referencia a que el instrumento es muy sencillo de aplicar, no es costoso en tiempo, lo que permite una mayor tasa de respuesta, como ya hemos visto en el apartado de validez de constructo. El resultado obtenido refleja muy bien la realidad y nos ha asegurado una buena consistencia en las respuestas obtenidas por este método de evaluación.

## 4.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Se ha recogido la información de 715 enfermeros. Teniendo en cuenta que la encuesta ha sido enviada al menos a 2377 enfermeros, tenemos una tasa máxima de respuesta de 30,07%.

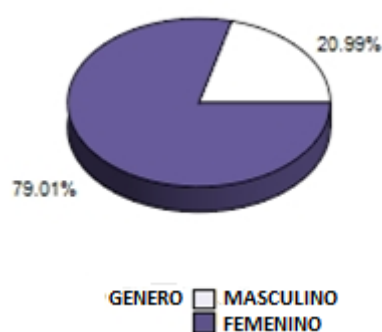
Respecto al perfil de género, el 77,9% de los encuestados son mujeres y el 20,99 % varones. La edad media de los individuos es de 43 años (SD=10.76).

La antigüedad laboral de los individuos está entre 1 y 33 años de experiencia, con un valor medio de 18,82 años de experiencia profesional, ver Tabla 9 y Figura 5.

Tabla 9. Sexo

		N	%
SEXO	Sin información	10	1.41
	HOMBRE	148	20.69
	MUJER	557	77.90
	TOTAL	715	100

Figura 5. Sexo



Se observa que existe una gran correlación entre la edad de los individuos encuestados, Tabla 10, y los años de experiencia laboral, Tabla 11. La distribución de las variables analizadas (edad y experiencia laboral) no es normal, por lo que se ha utilizado el indicador de correlación de Spearman para su análisis. Se ha obtenido un índice de correlación de 0.86892, lo cual indica una alta correlación entre ambas variables. Si hubiéramos utilizado el coeficiente

de correlación de Pearson con estas variables el valor de correlación obtenido habría sido de 0.84429.

Tabla 10. Edad

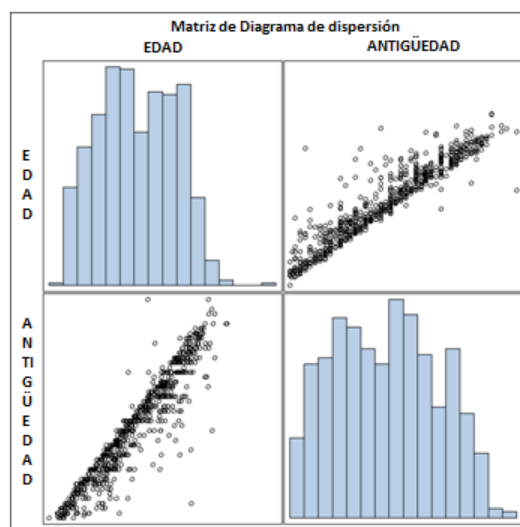
	N	Media	Desv. Est.	Min.	Max.	Mediana	IQR	I.C. 95%	
								Inf.	Sup.
EDAD	678	42.76	10.76	20	80	42.24	17.16	41.95	43.57
Sin información	37								
TOTAL	715								

Tabla 11. Antigüedad Laboral

	N	Media	Desv. Est.	Min.	Max.	Mediana	IQR	I.C. 95%	
								Inf.	Sup.
ANTIGÜEDAD LABORAL	701	18.82	10.86	0.00	45.00	19.00	17.00	18.01	19.62
Sin información	14								
TOTAL	715								

En la Figura 6 se muestra un gráfico de dispersión en el que se relacionan las variables edad y antigüedad laboral.

Figura 6. Correlación entre Edad y Antigüedad Laboral

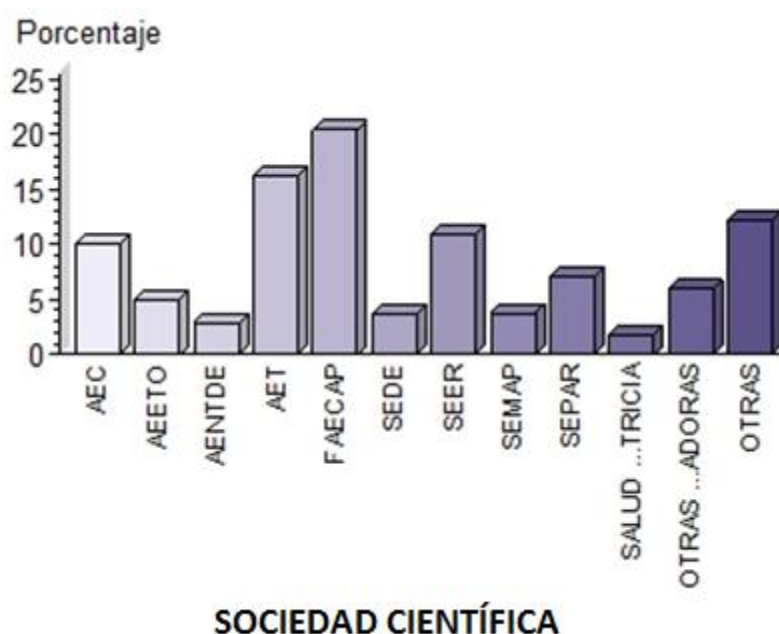


Correlación de Spearman = 0.93967

Respecto a la pertenencia a una sociedad científica, el 63,78 % de la muestra es miembro de alguna sociedad y el 36.22% de los enfermeros encuestados no están asociados.

La Figura 7 es un diagrama de barras en las que se puede ver la distribución de los enfermeros encuestados miembros de un entorno científico, en función de la sociedad de pertenencia. Como se puede observar, FAECAP, AET, SEER y AEC son las sociedades científicas con mayor grado de participación en este proyecto.

*Figura 7. Sociedad científica*



En la Tabla 12, se muestra la distribución de la población en función del campo de actuación. Como se puede ver el área de enfermería de cuidados médico-quirúrgico es la que aporta un mayor número de participantes, seguido de los enfermeros de familia y comunitaria.

*Tabla 12. Campo de actuación*

		N	%
ÁREA	Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	213	29.79
	Enfermería familiar y comunitaria	196	27.41
	Enfermería del trabajo	80	11,19

		N	%
	Diagnóstico por imagen	64	8.95
	Docencia y gestión	63	8.81
	Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental	41	5.73
	Enfermería pediátrica	39	5.45
	Otros	19	2.66
	TOTAL	715	100

## 4.3 MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMERÍA

En la Tabla 13 se muestran a continuación los modelos conceptuales estudiados por los profesionales encuestados durante la formación universitaria, los modelos enfermeros utilizados en su ámbito laboral y por último los modelos que preferirían utilizar a día de hoy los enfermeros encuestados. Estos últimos han sido consultados solo en los profesionales que no utilizan ningún modelo conceptual de enfermería actualmente, que corresponde con el 40% de los sujetos encuestados.

Observamos que el modelo conceptual de Virginia Henderson es el modelo más repetido en todas y cada una de las situaciones consultadas. Sin embargo, la ausencia de un modelo enfermero para la práctica diaria de la enfermería se posiciona en primer lugar al preguntarles a los profesionales encuestados sobre el modelo conceptual usado actualmente y elegido.

Es importante señalar que el 4,62% de los profesionales encuestados ha considerado que los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon son un modelo conceptual de enfermería en vez de una guía de valoración enfermera.

Tabla 13. Modelo conceptual

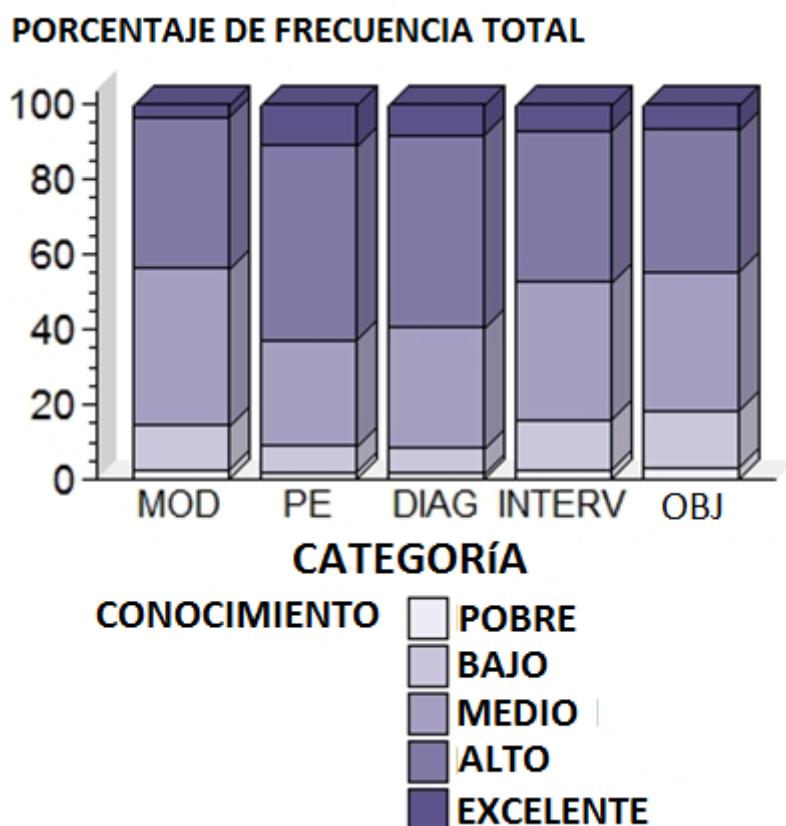
MODELO	SITUACION					
	UNIVERSIDAD		ACTUAL		ELECCION	
	N	%	N	%	N	%
Virginia Henderson	461	64.48	284	39.72	110	38.60
Ninguno	183	25.59	285	39.86	126	44.21
Dorothea Orem	61	8.53	100	13.99	36	12.63

MODELO	SITUACION					
	UNIVERSIDAD		ACTUAL		ELECCION	
	N	%	N	%	N	%
Marjory Gordon	6	0.84	33	4.62	4	1.40
Hildegard Peplau	2	0.28	8	1.12	6	2.11
Callista Roy	6	0.84	33	4.62	4	1.40
TOTAL	715	100.0	715	100.0	285	100.0

## 4.4 NIVEL DE CONOCIMIENTOS

En la Figura 8 se muestran los niveles de conocimiento que tienen los profesionales encuestados frente a cada uno de los temas consultados.

Figura 8. Niveles de conocimiento





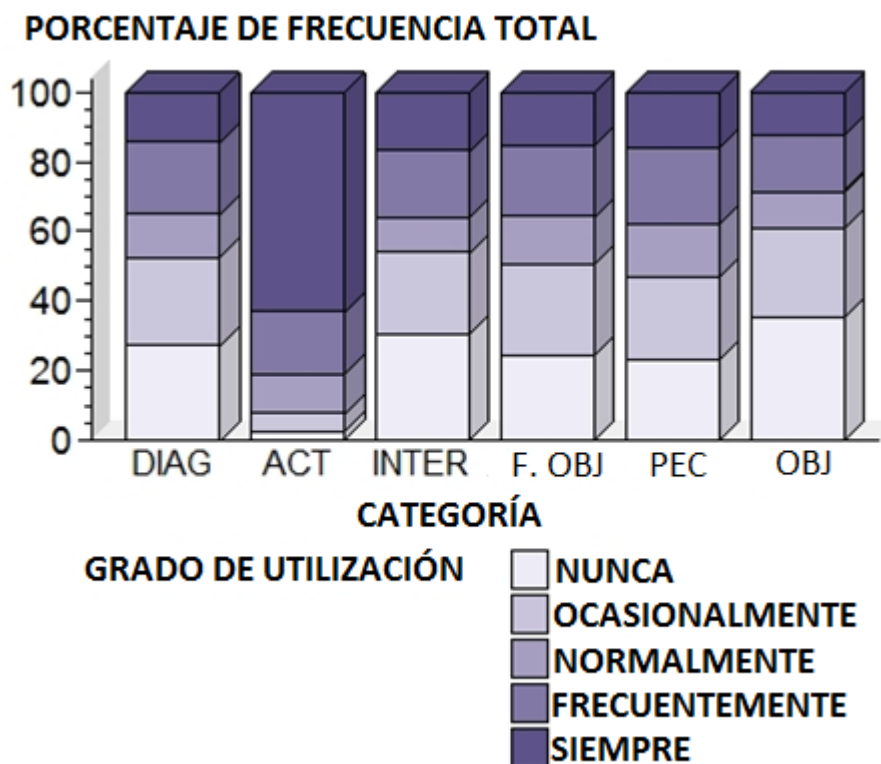
Observamos como el nivel de conocimientos es considerado como regular y bueno por la mayor parte de los sujetos encuestados en todas las categorías.

## 4.5 GRADO DE UTILIZACIÓN

La Figura 9 representa el grado de utilización de los profesionales encuestados en cada uno de los lenguajes estandarizados y aspectos consultados.

Cabe destacar que un 98,5% de los profesionales registra sus actuaciones. En cuanto a los lenguajes estandarizados, alrededor de un 25%-35% de los individuos no los utilizan.

*Figura 9. Grados de utilización*



De entre todos los aspectos consultados, los PEC son los menos empleados por la enfermería.

## 4.6 LENGUAJE ENFERMERO ESTANDARIZADO

En la Tabla 14 y Tabla 15 se detallan los lenguajes enfermeros estandarizados (sistemas de clasificaciones enfermeras o taxonomías) que utilizan los individuos en sus trabajos. Observamos como la interrelación NANDA-NOC-NIC es la más utilizada por parte de la población encuestada.

Tabla 14. Lenguajes enfermeros estandarizados utilizados I

CATEGORÍA	SISTEMA TAXONOMIA UTILIZADO					
	NINGUNO		NANDA-NOC-NIC		ICNP/CIPE	
	N	%	N	%	N	%
DIAGNÓSTICOS	251	36.32	420	60.78	9	1.30
CLASIFICACIÓN INTERVENCIONES	256	37.70	400	58.91	10	1.47
CLASIFICACIÓN RESULTADOS	275	41.29	372	55.86	8	1.20

Tabla 15. Lenguajes enfermeros estandarizados utilizados II

CATEGORÍA	SISTEMA TAXONOMIA UTILIZADO				TOTAL	
	OMAHA		CCC			
	N	%	N	%	N	%
DIAGNÓSTICOS	5	0.72	6	0.87	691	100.0
CLASIFICACIÓN INTERVENCIONES	9	1.33	4	0.59	679	100.0
CLASIFICACIÓN RESULTADOS	5	0.75	6	0.90	666	100.0

Entre los individuos encuestados, el tipo de diagnóstico enfermero NANDA-II más utilizado es el diagnóstico enfermero real, seguido de cualquiera de los indicados en la Tabla 16.

Tabla 16. Tipo de diagnóstico taxonomía NANDA-II más utilizado

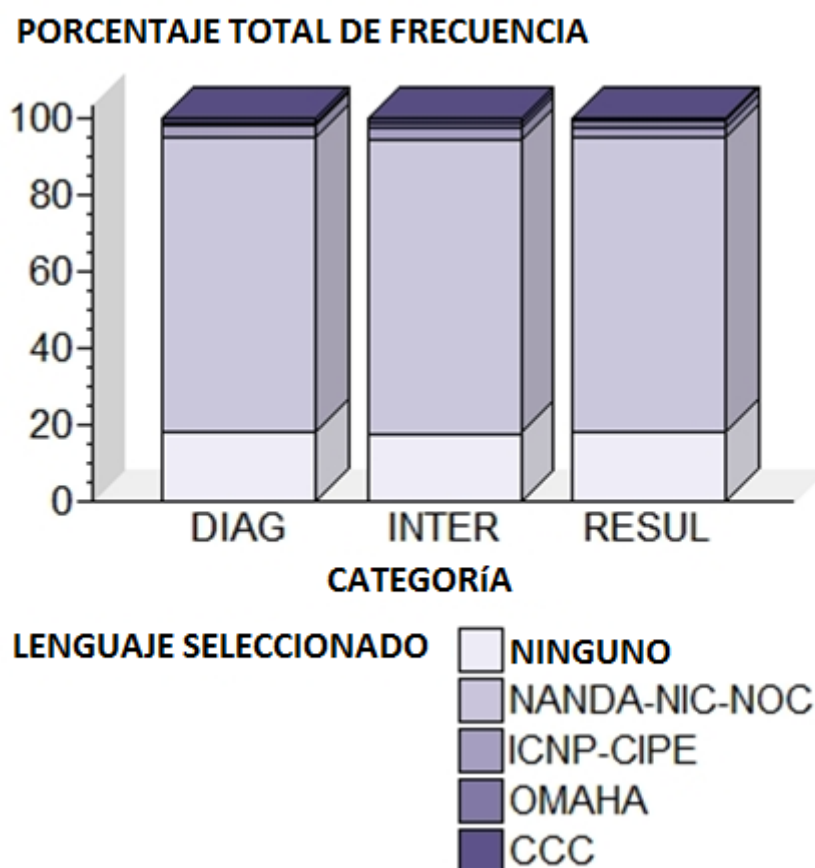
		N	%
Diagnóstico NANDA	.	242	100
	REAL	172	36.36
	CUALQUIERA	142	30.02
	DE RIESGO	96	20.30

		N	%
	PROMOCIÓN SALUD	50	10.57
	DE SALUD	13	2.75

Para los individuos que no utilizan ningún lenguaje estandarizado en su trabajo, en la Figura 10 se muestran los profesionales que elegirían cada uno de los lenguajes enfermeros existentes.

Como podemos observar, la mayor parte de los profesionales escogería la interrelación NANDA-NOC-NIC para registrar sus actuaciones, objetivos y problemas enfermeros.

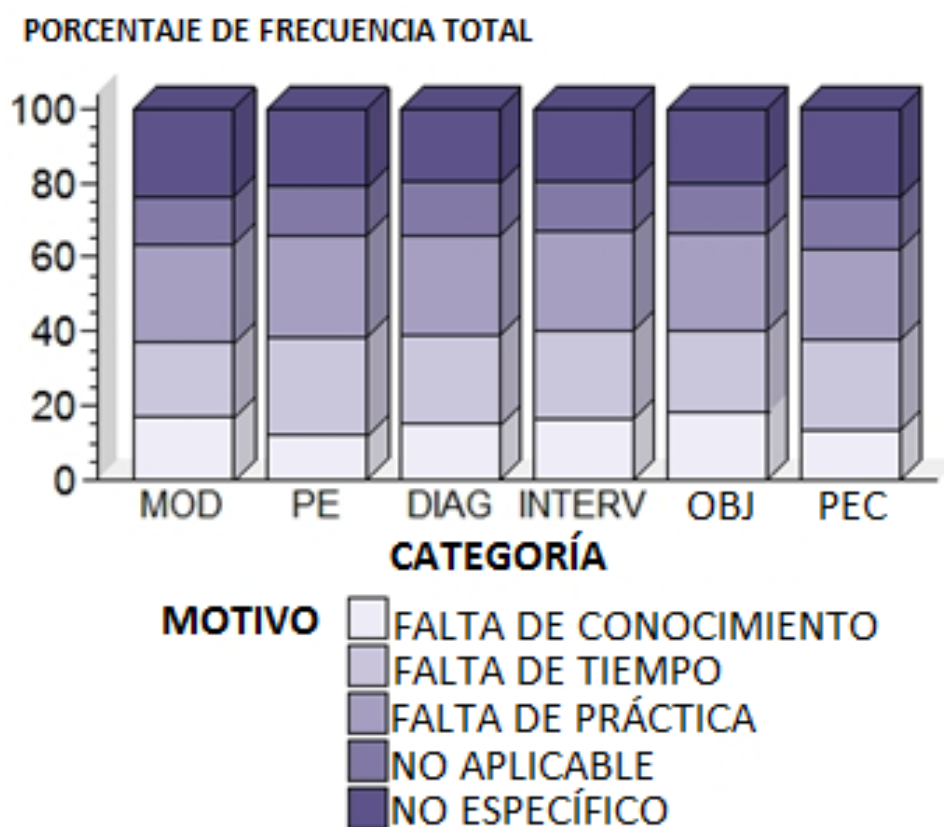
*Figura 10. Lenguajes enfermeros estandarizados que escogería*



## 4.7 CAUSA DE NO UTILIZACIÓN

En el siguiente diagrama de barras, Figura 11, observamos cómo la mayor parte de los profesionales considera que les falta práctica y tiempo para implementar las diferentes herramientas enfermeras. Como tercer motivo se sitúa la escasa especificidad de estos elementos para ser utilizados en su campo de actuación.

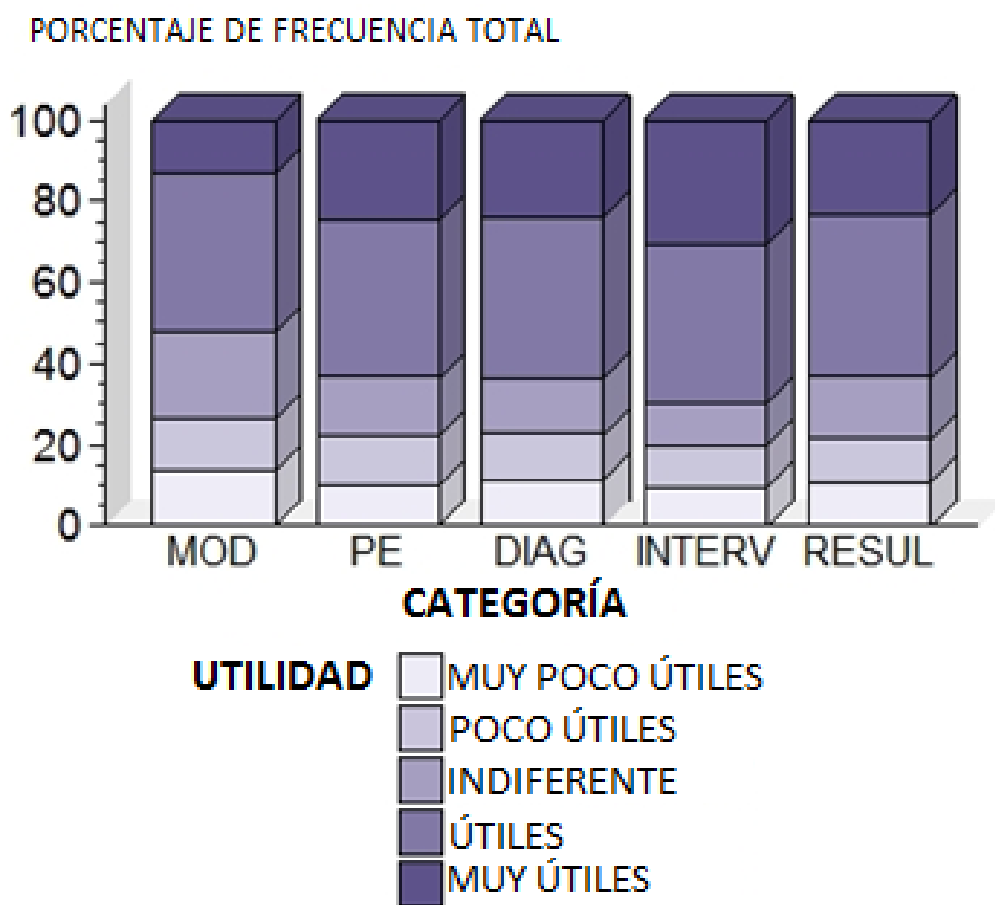
Figura 11. Motivos de no utilización



## 4.8 UTILIDAD

En la Figura 12 se muestran los grados de utilidad para cada uno de los aspectos teóricos, metodológicos y lenguajes estandarizados consultados.

Figura 12. Grado de utilidad

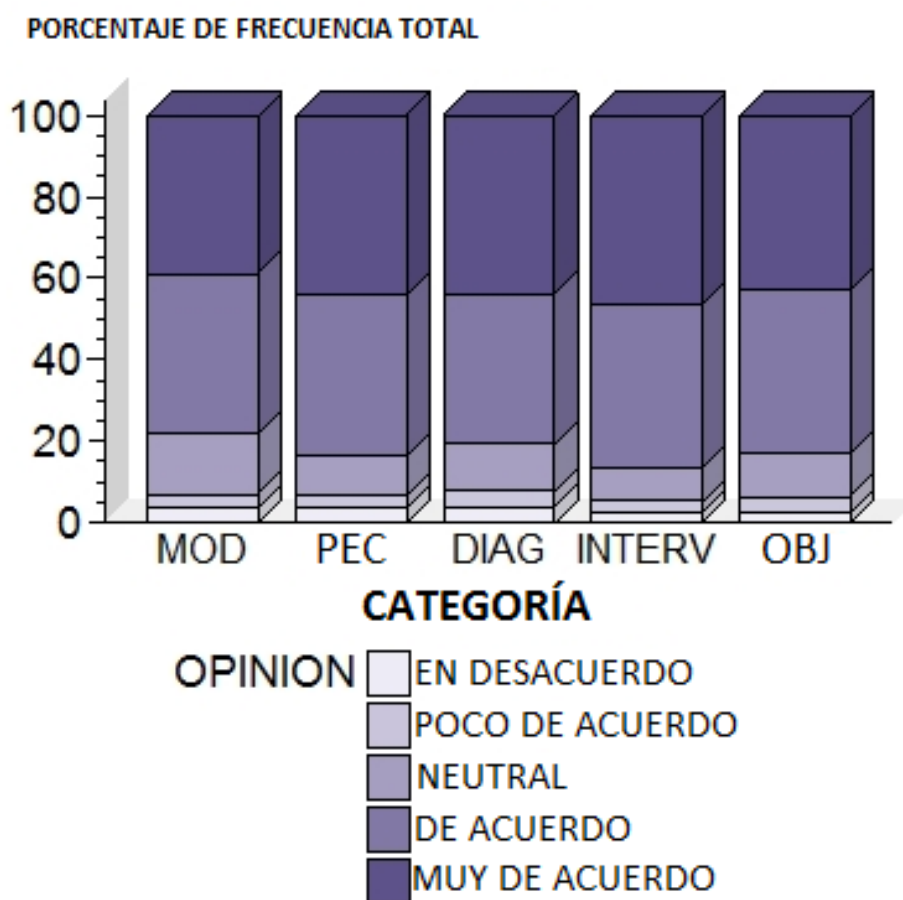


Como podemos observar, estos elementos son considerados como "útiles" y "muy útiles" por más de la mitad de los enfermeros.

## 4.9 OPINIÓN

Los índices de opinión de los profesionales sobre las necesidades para cada una de las categorías consultadas, en relación al desarrollo de estas herramientas de forma específica para diferentes campos de actuación de la enfermería consultados, se exponen en la Figura 13.

Figura 13. Índice de opinión



Los profesionales se muestran en su mayoría "de acuerdo" y "muy de acuerdo" con el desarrollo de herramientas específicas para su campo de actuación.

## 4.10 RELACIÓN ENTRE LA PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA (SSCC) Y OTRAS VARIABLES

### 4.10.1 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y GRADO DE UTILIZACIÓN

Se presenta en este apartado el grado de utilización de los modelos conceptuales de enfermería, lenguajes estandarizados, PE y registro de actuaciones por parte de los profesionales en función de su pertenencia a una sociedad científica.

---

#### **4.10.1.1 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y MODELO CONCEPTUAL**

Se ha estudiado así mismo la relación existente entre el asociacionismo científico por parte de los profesionales de enfermería y el estudio de un modelo conceptual durante su formación universitaria, empleado actualmente y modelo conceptual de elección para aquellos profesionales que en la actualidad no emplean los postulados de ninguna teórica de la enfermería.

##### **4.10.1.1.1 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y MODELO CONCEPTUAL ESTUDIADO**

Se analiza a continuación la relación existente entre la membresía en una sociedad científica de los sujetos encuestados y el estudio de los modelos de enfermería durante su formación universitaria, Tabla 17. Abordar esta relación nos parece relevante ya que puede existir relación entre el estudio de modelos durante la formación universitaria y el empleo de un modelo conceptual por parte de los profesionales en la actualidad. Por ello, es conveniente conocer si el hecho de haber estudiado un modelo de enfermería en la universidad puede afectar a los resultados obtenidos en función de la pertenencia a una sociedad científica.

Observamos como aquellos enfermeros que no participan de las asociaciones científicas son los que han estudiado en mayor medida los esquemas conceptuales de la ciencia enfermera durante la formación universitaria. El número de profesionales que no han estudiado ningún modelo conceptual durante su formación universitaria es superior en más de un 8% entre los enfermeros asociados que entre aquellos que no son miembros de ninguna colectividad científica.

Si bien, el número entero de participantes que ha recibido su formación universitaria bajo los postulados de Virginia Henderson y están asociados supera al que no lo está, no es así para los datos porcentuales en relación a las colectividades científicas, ya que el 62,72% de los encuestados que son miembros de una sociedad científica se formó siguiendo el modelo conceptual de las 14 necesidades básicas frente al 67,57 % que no se encuentra asociado.

De nuevo consideramos conveniente señalar que la guía de valoración enfermera de Marjory Gordon ha sido considerada un modelo conceptual de enfermería por 0,66% de los encuestados asociados frente a 1,16% de los no asociados.

*Tabla 17. Pertenencia a una sociedad científica y el modelo conceptual estudiado durante la formación universitaria*

MODELO UNIVERSIDAD	ASOCIACIÓN				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
Virginia Henderson	286	62.72	175	67.57	461	64.48
Ninguno	131	28.73	52	20.08	183	25.59
Dorothea Orem	36	7.89	25	9.65	61	8.53
Hildegard Peplau	.	.	2	0.77	2	0.28
Callista Roy	.	.	2	0.77	2	0.28
Otras respuestas	3	0.66	3	1.16	6	0.84
TOTAL	456	100.0	259	100.0	715	100.0

Si agrupamos los datos de manera que incluyamos en el grupo denominado Sí a todos aquellos enfermeros que han estudiado siguiendo alguno de los modelos conceptuales existentes en la actualidad durante su etapa universitaria y No a aquellos profesionales que no han estudiado ninguna de las teóricas durante su formación académica, Tabla 18, el contraste de hipótesis, Tabla 19, pone de manifiesto que existe un mayor estudio de los modelos conceptuales en la universidad para los enfermeros no pertenecientes a una sociedad científica.

*Tabla 18. Pertenencia a una sociedad científica y el modelo conceptual estudiado durante la formación universitaria (SI/NO)*

MODELO UNIVERSIDAD	ASOCIACIÓN				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
SÍ	325	71.27	207	79.92	532	74.41
NO	131	28.73	52	20.08	183	25.59
TOTAL	456	100.0	259	100.0	715	100.0



Tabla 19. Relación entre la pertenencia a una sociedad científica y el modelo conceptual estudiado durante la formación universitaria (SI/NO)(contraste)

Estadístico	Probabilidad
Chi-Cuadrado	0.0108

#### 4.10.1.1.2 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y MODELO CONCEPTUAL ACTUAL

Al comparar el empleo de un modelo conceptual en la actualidad en función del asociacionismo de los participantes, Tabla 20, observamos que no existen diferencias significativas entre ambos grupos.

El 40,13% de los profesionales encuestados miembros de una sociedad científica no utiliza ningún modelo conceptual frente al 39,38% de los profesionales no asociados.

De nuevo encontramos que un total de 33 encuestados afirma seguir la guía de valoración de Marjory Gordon (Otras respuestas), considerándola un modelo conceptual de enfermería.

Tabla 20. Pertenencia a una sociedad científica y el modelo conceptual actual

MODELO ACTUAL	ASOCIACIÓN				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
Ninguno	183	40.13	102	39.38	285	39.86
Virginia Henderson	163	35.75	121	46.72	284	39.72
Dorothea Orem	78	17.11	22	8.49	100	13.99
Callista Roy	3	0.66	2	0.77	5	0.70
Hildegard Peplau	3	0.66	5	1.93	8	1.12
Otras respuestas	26	5.70	7	2.70	33	4.62
TOTAL	456	100.0	259	100.0	715	100.0

Para que la interpretación de estos resultados sea más sencilla, hemos agrupado de nuevo a los enfermeros en función de si emplean en la actualidad un modelo conceptual (Sí) y los que no lo hacen para su práctica diaria (No), Tabla 21. Observamos como no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, Tabla 22.

Tabla 21. Pertenencia a una sociedad científica y el modelo conceptual actual (SI/NO)

MODELO ACTUAL	ASOCIACIÓN				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
SÍ	273	59.87	157	60.62	430	60.14
NO	183	40.13	102	39.38	285	39.86
TOTAL	456	100.0	259	100.0	715	100.0

Tabla 22. Relación entre pertenencia a una sociedad científica y el modelo conceptual actual  
(contraste)

Estadístico	Probabilidad
Chi-Cuadrado	0.8441

#### 4.10.1.1.3 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y MODELO DE ELECCIÓN

Para aquellos enfermeros que no guiaban su práctica habitual siguiendo los marcos conceptuales de ninguna teórica, pretendíamos conocer si su posicionamiento por un modelo enfermero u otro, podía verse influenciado por el factor del asociacionismo científico.

Tras el análisis de las respuestas de estos profesionales (un total de 285 han respondido a esta pregunta), Tabla 23, no existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Debemos matizar que el ítem “otras respuestas” agrupa a los enfermeros que desearían aplicar la guía de valoración de los patrones funcionales de salud.

Tabla 23. Pertenencia a una sociedad científica y el modelo conceptual de elección

MODELO ACTUAL	ASOCIACIÓN				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
Ninguno	183	40.13	102	39.38	285	39.86
Virginia Henderson	163	35.75	121	46.72	284	39.72
Dorothea Orem	78	17.11	22	8.49	100	13.99
Hildegard Peplau	3	0.66	5	1.93	8	1.12

MODELO ACTUAL	ASOCIACIÓN				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
Callista Roy	3	0.66	2	0.77	5	0.70
Otras respuestas	26	5.70	7	2.70	33	4.62
TOTAL	456	100.0	259	100.0	715	100.0

De nuevo hemos agrupado los datos conformando dos grupos entre los enfermeros que escogerían un modelo teórico para la práctica enfermera, nombrando Sí a los profesionales que se posicionaría por algunos de los marcos conceptuales disponibles en la actualidad y No a aquellos participantes que no escogería ninguno de los existentes, Tabla 24.

*Tabla 24. Pertenencia a una sociedad científica y el modelo conceptual de elección (SI/NO)*

MODELO ACTUAL	ASOCIACIÓN				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
SÍ	273	59.87	157	60.62	430	60.14
NO	183	40.13	102	39.38	285	39.86
TOTAL	456	100.0	259	100.0	715	100.0

Se repite la tendencia observada en los dos casos anteriores, ya que tras realizar el contraste de hipótesis, Tabla 25, se constata que no existen diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos.

*Tabla 25. Relación entre pertenencia a una sociedad científica y el modelo conceptual de elección (contraste)*

Estadístico	Probabilidad
Chi- Cuadrado	0.8441

En la Tabla 26 se muestra un resumen de la relación existente entre la pertenencia a una sociedad científica y los modelos conceptuales de enfermería:

Tabla 26. Pertenencia a una sociedad científica y los modelos conceptuales de enfermería.  
Resumen.

Modelo Conceptual	Relación	Chi-Cuadrado
Estudiado durante la formación universitaria	Existe relación entre el estudio de un modelo conceptual durante la formación universitaria y el asociacionismo científico de los profesionales. Los enfermeros que no son miembros de una agrupación científica han estudiado con más frecuencia un modelo conceptual durante sus estudios universitarios.	0.0108
Utilizado actualmente	No existen diferencias significativas entre el empleo de un modelo conceptual de enfermería en la actualidad entre los enfermeros asociados y aquellos que no son miembros de una sociedad científica.	0.8441
Elección	No existen diferencias estadísticamente significativas entre la elección de un modelo conceptual por parte de los enfermeros miembros de una sociedad científica y los no participantes en estas colectividades científicas.	0.8441

#### 4.10.1.2 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y DIAGNÓSTICOS ENFERMERÍA

En la Tabla 27, observamos como los enfermeros asociados utilizan los diagnósticos de enfermería en mayor medida que los profesionales que no pertenecen a una sociedad científica.

Tabla 27. Pertenencia a una sociedad científica y Utilización I

UTILIZA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
NUNCA	114	25.62	76	30.04	190	27.22
OCASIONALMENTE	101	22.70	76	30.04	177	25.36

UTILIZA DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
NORMALMENTE	55	12.36	32	12.65	87	12.46
FRECUENTEMENTE	100	22.47	44	17.39	144	20.63
SIEMPRE	75	16.85	25	9.88	100	14.33
TOTAL	445	100.0	253	100.0	698	100.0

P (Cochran-Armitage) = 0.0017

Es decir, se observa que existe una relación entre la pertenencia a una SSCC y el empleo de diagnósticos de enfermería, siendo mayor entre los enfermeros miembros de las colectividades científicas.

#### 4.10.1.3 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y REGISTRO ACTUACIONES

Esta tendencia no se mantiene para el registro de actuaciones tal y como se presenta en la Tabla 28.

Tabla 28. Pertenencia a una sociedad científica y Utilización II

REGISTRA ACTUACIONES	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
NUNCA	11	2.45	7	2.77	18	2.56
OCASIONALMENTE	20	4.45	17	6.72	37	5.27
NORMALMENTE	47	10.47	32	12.65	79	11.25
FRECUENTEMENTE	79	17.59	46	18.18	125	17.81
SIEMPRE	292	65.03	151	59.68	443	63.11
TOTAL	449	100.0	253	100.0	702	100.0

P (Cochran-Armitage) = 0.1099

Podemos afirmar que tanto los enfermeros asociados como aquellos que no son miembros de una SSCC registran sus cuidados de enfermería en gran medida.

#### 4.10.1.4 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

El empleo de sistemas de intervenciones enfermeras es mayor en los enfermeros asociados, tal y como se expone en la Tabla 29.

Tabla 29. Pertenencia a una sociedad científica y Utilización III

UTILIZA INTERVENCIONES	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
NUNCA	125	28.41	86	34.40	211	30.58
OCASIONALMENTE	93	21.14	68	27.20	161	23.33
NORMALMENTE	44	10.00	25	10.00	69	10.00
FRECUENTEMENTE	94	21.36	39	15.60	133	19.28
SIEMPRE	84	19.09	32	12.80	116	16.81
TOTAL	440	100.0	250	100.0	690	100.0

P (Cochran-Armitage) = 0.0021

En definitiva, los profesionales asociados emplean en mayor medida los sistemas de clasificación de intervenciones de enfermería que aquellos profesionales que no son miembros de estas agrupaciones profesionales.

#### 4.10.1.5 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y FORMULACIÓN DE RESULTADOS

Lo mismo ocurre al referirnos a la formulación de resultados de enfermería, siendo ésta mayor entre los profesionales pertenecientes a organizaciones científicas, ver Tabla 30.

Tabla 30. Pertenencia a una sociedad científica y Utilización IV

FORMULA RESULTADOS ENFERMEROS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
NUNCA	102	22.87	69	27.49	171	24.53
OCASIONALMENTE	96	21.52	85	33.86	181	25.97
NORMALMENTE	68	15.25	28	11.16	96	13.77
FRECUENTEMENTE	103	23.09	39	15.54	142	20.37
SIEMPRE	77	17.26	30	11.95	107	15.35

FORMULA RESULTADOS ENFERMEROS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
TOTAL	446	100.0	251	100.0	697	100.0

P(Cochran-Armitage) = 0.0004

Podemos afirmar que existe relación entre ser partícipe del asociacionismo científico y formular resultados de enfermería por parte de los profesionales, ya que los enfermeros asociados lo hacen en mayor medida que los enfermeros no participantes de las asociaciones científicas.

#### 4.10.1.6 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y PROCESO ENFERMERO

El PE es más utilizado entre los enfermeros miembros de las sociedades científicas, tal y como se presenta en la Tabla 31.

Tabla 31. Pertenencia a una sociedad científica y Utilización V

UTILIZA PROCESO ENFERMERO	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
NUNCA	147	33.26	97	39.59	244	35.52
OCASIONALMENTE	102	23.08	71	28.98	173	25.18
NORMALMENTE	53	11.99	21	8.57	74	10.77
FRECUENTEMENTE	80	18.10	31	12.65	111	16.16
SIEMPRE	60	13.57	25	10.20	85	12.37
TOTAL	442	100.0	245	100.0	687	100.0

P (Cochran-Armitage) = 0.0066

Es decir, los profesionales asociados emplean el PE en mayor medida que los no asociados.

#### 4.10.1.7 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y RESULTADOS DE ENFERMERÍA

Sin embargo, ser miembro de una colectividad científica, no implica un mayor uso de los sistemas de clasificación de resultados enfermeros, ver Tabla 32.

Tabla 32. Pertenencia a una sociedad científica y Utilización VI

UTILIZA RESULTADOS ENFERMEROS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
NUNCA	105	23.81	56	22.31	161	23.27
OCASIONALMENTE	102	23.13	62	24.70	164	23.70
NORMALMENTE	60	13.61	43	17.13	103	14.88
FRECUENTEMENTE	100	22.68	54	21.51	154	22.25
SIEMPRE	74	16.78	36	14.34	110	15.90
TOTAL	441	100.0	251	100.0	692	100.0

P (Cochran-Armitage) = 0.6801

Si bien los enfermeros que están asociados formulan en mayor medida resultados de enfermería al dispensar sus cuidados, observamos que no existe una relación estadísticamente significativa entre el asociacionismo científico de los encuestados y el empleo de un lenguaje estandarizado para ello.

En definitiva, se observa una mayor tendencia a la utilización de la mayor parte de los lenguajes estandarizados y proceso enfermero entre los encuestados miembros de una sociedad científica.

#### 4.10.2 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y UTILIDAD

Estudiamos a continuación si el grado de utilidad conferido por los profesionales para las distintas herramientas enfermeras puede verse influenciado por la pertenencia a una sociedad científica.



En la Tabla 33, observamos que no existe relación entre grado de utilidad de los modelos conceptuales y la pertenencia de los profesionales a una colectividad científica.

*Tabla 33. Pertenencia a una sociedad científica y Utilidad I*

UTILIDAD MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	55	12.97	33	14.60	88	13.54
POCO ÚTILES	49	11.56	34	15.04	83	12.77
INDIFERENTE	98	23.11	43	19.03	141	21.69
ÚTILES	165	38.92	90	39.82	255	39.23
MUY ÚTILES	57	13.44	26	11.50	83	12.77
TOTAL	424	100.0	226	100.0	650	100.0

P (Cochran-Armitage) = 0.3370

Esta tendencia se mantiene al evaluar la utilidad otorgada al PE por los enfermeros, como expone la Tabla 34.

*Tabla 34. Pertenencia a una sociedad científica y Utilidad II*

UTILIDAD PROCESO ENFERMERO	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	42	9.93	24	10.76	66	10.22
POCO ÚTILES	47	11.11	29	13.00	76	11.76
INDIFERENTE	60	14.18	34	15.25	94	14.55
ÚTILES	160	37.83	90	40.36	250	38.70
MUY ÚTILES	114	26.95	46	20.63	160	24.77
TOTAL	423	100.0	223	100.0	646	100.0

P (Cochran-Armitage) = 0.1901

A tenor de los datos presentados en la Tabla 35, el grado de utilidad con el que los profesionales valoran los diagnósticos enfermeros no se ve influenciado por su participación en una sociedad de carácter científico.

Tabla 35. Pertenencia a una sociedad científica y Utilidad III

UTILIDAD DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	44	10.28	31	13.66	75	11.45
POCO ÚTILES	46	10.75	27	11.89	73	11.15
INDIFERENTE	55	12.85	34	14.98	89	13.59
ÚTILES	173	40.42	88	38.77	261	39.85
MUY ÚTILES	110	25.70	47	20.70	157	23.97
TOTAL	428	100.0	227	100.0	655	100.0

P (Cochran-Armitage) = 0.0629

Lo mismo ocurre para las clasificaciones de intervenciones enfermeras, cuya utilidad conferida no se ve alterada por la asociación de los profesionales a una colectividad científica (ver Tabla 36)

Tabla 36. Pertenencia a una sociedad científica y Utilidad IV

UTILIDAD INTERVENCIONES ENFERMERAS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	38	8.90	23	10.09	61	9.31
POCO ÚTILES	42	9.84	27	11.84	69	10.53
INDIFERENTE	41	9.60	28	12.28	69	10.53
ÚTILES	166	38.88	88	38.60	254	38.78
MUY ÚTILES	140	32.79	62	27.19	202	30.84
TOTAL	427	100.0	228	100.0	655	100.0

P (Cochran-Armitage) = 0.1255

En cambio sí existen diferencias en la valoración realizada entre los miembros de las sociedades científicas para las clasificaciones de resultados de enfermería, ver Tabla 37.

Tabla 37. Pertenencia a una sociedad científica y Utilidad V

UTILIDAD RESULTADOS ENFERMEROS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	42	9.86	27	11.89	69	10.57
POCO ÚTILES	37	8.69	33	14.54	70	10.72
INDIFERENTE	63	14.79	38	16.74	101	15.47
ÚTILES	176	41.31	84	37.00	260	39.82
MUY ÚTILES	108	25.35	45	19.82	153	23.43
TOTAL	426	100.0	227	100.0	653	100.0

P (Cochran-Armitage) = 0.0139

Tras estudiar la variables grado de utilidad y pertenencia a una SSCC, Tabla 38, podemos afirmar que no observamos, en general, una relación entre el hecho de pertenecer o no a una sociedad científica y la percepción de los profesionales de la utilidad de las herramientas y metodología enfermera, a excepción de la clasificación de resultados enfermeros, que es considerada más útil entre los profesionales asociados.

Tabla 38. Pertenencia a una sociedad científica y Utilidad. Resumen

	Relación	P valor
Modelos conceptuales (MC)	No existe relación entre el grado de utilidad conferido a los MC y la pertenencia a una SSCC. La mayor parte de los profesionales los considera útiles.	0.3370
Proceso enfermero (PE)	No existe relación entre la utilidad conferida al PE y el asociacionismo científico pues es considerado útil y muy útil por los profesionales.	0.1901
Diagnósticos enfermeros (DxE)	El grado de utilidad otorgado a los DxE no se ve influenciado por la pertenencia de los profesionales a una colectividad científica.	0.0629
Intervenciones enfermeras	La utilidad con la que los profesionales valoran a los sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras está relacionada con el asociacionismo científico de los mismos. De nuevo la mayoría de los profesionales los considera útiles y muy útiles.	0.1255

	Relación	P valor
Resultados enfermeros	La utilidad con la que los profesionales valoran a los sistemas de clasificación de resultados de enfermería está relacionada con el asociacionismo científico de los mismos.	0.0139

#### 4.10.3 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y LENGUAJE ESTANDARIZADO SELECCIONADO

A continuación se presenta si el hecho de pertenecer a una sociedad científica puede influir en los profesionales que actualmente no emplean ningún lenguaje enfermero estandarizado a escoger uno de los existentes.

Tras analizar estos datos, podemos afirmar que entre los profesionales que no utilizan en la actualidad ningún lenguaje enfermero estandarizado, no observamos relación entre pertenecer o no a una sociedad científica y seleccionar un tipo u otro de lenguaje enfermero en caso de tener que posicionarse por uno de los disponibles, ver Tabla 39, Tabla 40 y Tabla 41.

*Tabla 39. Pertenencia a una sociedad científica y Lenguaje enfermero estandarizado seleccionado I*

TAXONOMÍA ELECCIÓN DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
NANDA-NIC-NOC	111	78.17	68	75.56	179	77.16
NINGUNA	25	17.61	17	18.89	42	18.10
ICNP-CIPE	3	2.11	4	4.44	7	3.02
OMAHA	2	1.41	.	.	2	0.86
CCC	1	0.70	1	1.11	2	0.86
TOTAL	142	100.0	90	100.0	232	100.0

P (Fisher) = 0.6820

Tabla 40. Pertenencia a una sociedad científica y Lenguaje enfermero estandarizado  
seleccionado II

TAXONOMÍA ELECCIÓN INTERVENCIONES ENFERMERAS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
NANDA-NIC-NOC	110	77.46	68	75.56	178	76.72
NINGUNA	24	16.90	17	18.89	41	17.67
ICNP-CIPE	3	2.11	4	4.44	7	3.02
OMAHA	3	2.11	.	.	3	1.29
CCC	2	1.41	1	1.11	3	1.29
TOTAL	142	100.0	90	100.0	232	100.0

P (Fisher) = 0.6051

Tabla 41. Pertenencia a una sociedad científica y Lenguaje enfermero estandarizado  
seleccionado III

TAXONOMIA ELECCIÓN RESULTADOS ENFERMEROS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
NANDA-NIC-NOC	111	77.08	72	76.60	183	76.89
NINGUNA	26	18.06	17	18.09	43	18.07
OMAHA	4	2.78	.	.	4	1.68
ICNP-CIPE	3	2.08	4	4.26	7	2.94
CCC	.	.	1	1.06	1	0.42
TOTAL	144	100.0	94	100.0	238	100.0

P (Fisher) = 0.2849

Presentamos a continuación, Tabla 42, un resumen de los datos expuestos anteriormente:

*Tabla 42. Pertenencia a una sociedad científica y Lenguaje estandarizado seleccionado.  
Resumen.*

	Relación	P valor
Diagnósticos enfermeros	No existen diferencias significativas en el lenguaje estandarizado seleccionado por los profesionales, ya que la interrelación NANDA-NIC-NOC es la más escogida.	0.3370
Intervenciones enfermeras	Tanto los profesionales asociados como los no asociados escogerían la interrelación NANDA-NIC-NOC para registrar sus intervenciones de enfermería.	0.6051
Resultados enfermeros	La elección de un lenguaje estandarizado para formular resultados de enfermería no se ve influenciada por el asociacionismo científico.	0.2849

#### 4.10.4 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y MOTIVO DE NO UTILIZACIÓN

En este apartado se expone la relación entre la pertenencia a una sociedad científica y el motivo por el que los profesionales no utilizan los modelos conceptuales de enfermería, PE, lenguaje enfermero estandarizado y PEC.

No ha sido posible establecer una relación estadísticamente significativa entre ambas variables, aunque sí hemos podido constatar que el motivo principal de los enfermeros que no pertenecen a una sociedad científica para no emplear los modelos conceptuales de enfermería, el PE, los PEC y el lenguaje enfermero estandarizado es la falta de práctica. En cambio, los profesionales que son miembros de una sociedad científica y no utilizan estas herramientas enfermeras, en la mayor parte de las situaciones aluden que la principal razón para no hacerlo es que son poco específicos para su campo de actuación profesional, ver Tabla 43, Tabla 44, Tabla 45, Tabla 46, Tabla 47 y Tabla 48.

Tabla 43. Pertenencia a una sociedad científica y Motivo de no utilización I

MOTIVO NO UTILIZACIÓN MODELOS CONCEPTUALES	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
FALTA CONOCIMIENTO	39	18.14	21	15.00	60	16.90
FALTA TIEMPO	37	17.21	34	24.29	71	20.00
FALTA PRÁCTICA	46	21.40	48	34.29	94	26.48
POCO APLICABLE	32	14.88	14	10.00	46	12.96
POCO ESPECÍFICO	61	28.37	23	16.43	84	23.66
TOTAL	215	100.0	140	100.0	355	100.0

P (Fisher) = 0.0056

Tabla 44. Pertenencia a una sociedad científica y Motivo de no utilización II

MOTIVO NO UTILIZACIÓN PROCESO ENFERMERO	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
FALTA CONOCIMIENTO	27	12.68	15	10.79	42	11.93
FALTA TIEMPO	49	23.00	44	31.65	93	26.42
FALTA PRÁCTICA	53	24.88	44	31.65	97	27.56
POCO APLICABLE	31	14.55	15	10.79	46	13.07
POCO ESPECÍFICO	53	24.88	21	15.11	74	21.02
TOTAL	213	100.0	139	100.0	352	100.0

P (Fisher) = 0.0674

Tabla 45. Pertenencia a una sociedad científica y Motivo de no utilización III

MOTIVO NO UTILIZACIÓN DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
FALTA CONOCIMIENTO	37	16.89	17	12.23	54	15.08
FALTA TIEMPO	46	21.00	39	28.06	85	23.74
FALTA PRÁCTICA	52	23.74	45	32.37	97	27.09
POCO APLICABLE	33	15.07	18	12.95	51	14.25

MOTIVO NO UTILIZACIÓN DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
POCO ESPECÍFICO	51	23.29	20	14.39	71	19.83
TOTAL	219	100.0	139	100.0	358	100.0

P (Fisher) = 0.0615

Tabla 46. Pertenencia a una sociedad científica y Motivo de no utilización IV

MOTIVO NO UTILIZACIÓN INTERVENCIONES ENFERMERAS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
FALTA CONOCIMIENTO	39	17.81	20	14.08	59	16.34
FALTA TIEMPO	47	21.46	40	28.17	87	24.10
FALTA PRÁCTICA	52	23.74	44	30.99	96	26.59
POCO APLICABLE	31	14.16	17	11.97	48	13.30
POCO ESPECÍFICO	50	22.83	21	14.79	71	19.67
TOTAL	219	100.0	142	100.0	361	100.0

P (Fisher) = 0.1286

Tabla 47. Pertenencia a una sociedad científica y Motivo de no utilización V

MOTIVO NO UTILIZACIÓN RESULTADOS ENFERMEROS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
FALTA CONOCIMIENTO	45	20.36	20	14.29	65	18.01
FALTA TIEMPO	44	19.91	37	26.43	81	22.44
FALTA PRÁCTICA	50	22.62	44	31.43	94	26.04
POCO APLICABLE	30	13.57	18	12.86	48	13.30
POCO ESPECÍFICO	52	23.53	21	15.00	73	20.22
TOTAL	221	100.0	140	100.0	361	100.0

P (Fisher) = 0.0603



Tabla 48. Pertenencia a una sociedad científica y Motivo de no utilización VI

MOTIVO NO UTILIZACIÓN PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
FALTA CONOCIMIENTO	31	14.42	15	11.11	46	13.14
FALTA TIEMPO	46	21.40	40	29.63	86	24.57
FALTA PRÁCTICA	45	20.93	40	29.63	85	24.29
POCO APLICABLE	34	15.81	15	11.11	49	14.00
POCO ESPECÍFICO	59	27.44	25	18.52	84	24.00
TOTAL	215	100.0	135	100.0	350	100.0

P (Fisher) = 0.0489

Si bien no se ha podido establecer ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los enfermeros asociados y no asociados y el motivo de no utilización de las distintas herramientas enfermeras, desde el punto de vista descriptivo sí existe diferencias entre ambas colectividades, Tabla 49:

Tabla 49. Pertenencia a una sociedad científica y Motivo de no utilización. Resumen.

	Asociados	No Asociados
MODELOS CONCEPTUALES	Poco específicos	Falta de práctica
PROCESO ENFERMERO	Poco específicos	Falta de práctica Falta de tiempo
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	Poco específicos Falta de práctica	Falta de práctica Falta de tiempo
INTERVENCIONES ENFERMEROS	Poco específicos Falta de práctica	Falta de práctica Falta de tiempo
RESULTADOS ENFERMEROS	Poco específicos	Falta de práctica
PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS	Poco específicos	Falta de práctica

#### 4.10.5 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y OPINIÓN

En este punto se recoge información relativa a la opinión de los participantes sobre el desarrollo de modelos conceptuales, lenguajes estandarizados y PEC específicos para su campo de ejercicio profesional, relacionando este aspecto con el hecho de ser miembro de una asociación científica.

No observamos relación entre pertenecer o no a una sociedad científica y las opiniones sobre el desarrollo de lenguaje estandarizado, modelos conceptuales de enfermería y PEC específicos para su contexto profesional. La única excepción se presenta para los sistemas de clasificación de resultados enfermeros, ya que los enfermeros pertenecientes de sociedades científicas se muestran de acuerdo y muy de acuerdo en mayor medida que los profesionales no asociados, en su desarrollo de manera específica para los distintos campos de actuación enfermera. Ver Tabla 50, Tabla 51, Tabla 52, Tabla 53 y Tabla 54.

Tabla 50. Pertenencia a una sociedad científica y Opinión I

OPINIÓN SOBRE MODELOS CONCEPTUALES	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
EN DESACACUERDO	15	3.41	9	3.70	24	3.51
POCO DE ACUERDO	16	3.64	8	3.29	24	3.51
NEUTRAL	60	13.64	41	16.87	101	14.79
DE ACUERDO	166	37.73	103	42.39	269	39.39
MUY DE ACUERDO	183	41.59	82	33.74	265	38.80
TOTAL	440	100.0	243	100.0	683	100.0

P(Cochran-Armitage) = 0.1558

Tabla 51. Pertenencia a una sociedad científica y Opinión II

OPINIÓN SOBRE PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
EN DESACACUERDO	18	4.08	7	2.87	25	3.65
POCO DE ACUERDO	17	3.85	4	1.64	21	3.07
NEUTRAL	41	9.30	25	10.25	66	9.64
DE ACUERDO	168	38.10	104	42.62	272	39.71
MUY DE ACUERDO	197	44.67	104	42.62	301	43.94
TOTAL	441	100.0	244	100.0	685	100.0

P (Cochran-Armitage) = 0.5158

Tabla 52. Pertenencia a una sociedad científica y Opinión III

OPINIÓN SOBRE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
EN DESACACUERDO	15	3.39	12	4.94	27	3.94
POCO DE ACUERDO	19	4.30	8	3.29	27	3.94
NEUTRAL	49	11.09	29	11.93	78	11.39
DE ACUERDO	153	34.62	99	40.74	252	36.79
MUY DE ACUERDO	206	46.61	95	39.09	301	43.94
TOTAL	442	100.0	243	100.0	685	100.0

P (Cochran-Armitage) = 0.1795

Tabla 53. Pertenencia a una sociedad científica y Opinión IV

OPINIÓN SOBRE INTERVENCIONES ENFERMERAS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
EN DESACACUERDO	9	2.06	7	2.89	16	2.36
POCO DE ACUERDO	12	2.75	8	3.31	20	2.95
NEUTRAL	35	8.01	19	7.85	54	7.95
DE ACUERDO	169	38.67	107	44.21	276	40.65
MUY DE ACUERDO	212	48.51	101	41.74	313	46.10
TOTAL	437	100.0	242	100.0	679	100.0

P (Cochran-Armitage) = 0.1549

Tabla 54. Pertenencia a una sociedad científica y Opinión V

OPINIÓN SOBRE RESULTADOS ENFERMEROS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
EN DESACACUERDO	8	1.85	9	3.77	17	2.53
POCO DE ACUERDO	17	3.94	9	3.77	26	3.87
NEUTRAL	40	9.26	30	12.55	70	10.43
DE ACUERDO	163	37.73	107	44.77	270	40.24
MUY DE ACUERDO	204	47.22	84	35.15	288	42.92
TOTAL	432	100.0	239	100.0	671	100.0

P (Cochran-Armitage) = 0.0062

Es decir, no existe relación entre el asociacionismo científico de los profesionales y su opinión en relación al desarrollo de herramientas metodológicas y conceptuales más específicas para los distintos contextos de la práctica enfermera. Si bien la mayor parte de los enfermeros asociados se muestran “muy de acuerdo” con esta premisa y los profesionales no miembros consideran que están en su mayoría “de acuerdo”.

#### 4.10.6 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y FORMACIÓN

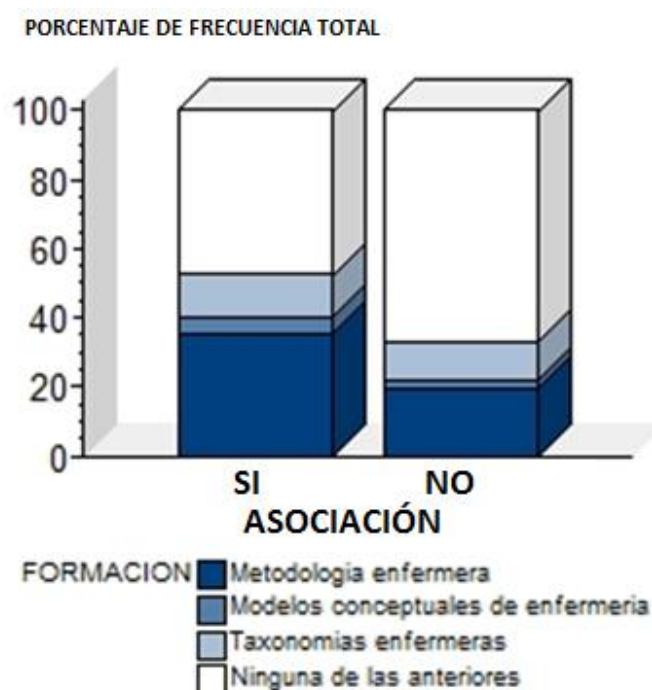
Para completar el análisis de la influencia del asociacionismo científico en distintos aspectos relacionados con la ciencia enfermera y la aplicación práctica de la misma por parte de los profesionales, abordamos por último si la pertenencia a un contexto científico puede influir en la formación en materia de modelos conceptuales de enfermería, metodología enfermera y taxonomías enfermeras, de la que disponen los participantes en la investigación.

Un total de 618 profesionales han cumplimentado esta pregunta, en la que indagábamos sobre formación en las materias comentadas anteriormente.

Tras el análisis de los datos obtenidos, observamos cómo los enfermeros que participan en las sociedades científicas cuentan con mayor formación en cada una de las distintas materias que aquellos que no están asociados.

Las mayores diferencias las encontramos entre los profesionales que se han formado en metodología enfermera, ya que el 35,48% de los miembros de una sociedad científica se ha formado frente al 19,51% de los profesionales no asociados. La tendencia es inversa para los enfermeros que no se ha formado en ninguna de las materias consultadas, ya que 67,07% de los participantes no asociados no ha recibido formación en metodología enfermera, en comparación con el 47,58% de los profesionales que participan de las sociedades, ver Figura 14.

Figura 14. Pertenencia a una sociedad científica y Formación



La Tabla 55 muestra el contraste entre estas dos variables.

Tabla 55. Relación entre pertenencia a una sociedad científica y Formación (contraste)

Estadístico	Probabilidad
Chi-Cuadrado	<.0001

Podemos observar que hay una mayor formación específica en metodología enfermera entre los enfermeros que pertenecen a alguna sociedad científica.

#### 4.10.7 PERTENENCIA A SOCIEDAD CIENTÍFICA Y CONOCIMIENTOS

Se muestra a continuación el nivel de conocimientos de los profesionales encuestados en función de su pertenencia a una sociedad científica. (Tabla 56, Tabla 57, Tabla 58, Tabla 59 y Tabla 60).

En el siguiente cuadro, observamos cómo no existe una diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos en materia de modelos conceptuales entre los profesionales miembros de una sociedad científica y aquellos que no pertenecen a ninguna asociación.

Tabla 56. Pertenencia a una sociedad científica y Conocimientos I

CONOCIMIENTO SOBRE MODELOS CONCEPTUALES	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	15	3.36	4	1.57	19	2.71
MALO	48	10.76	34	13.39	82	11.71
REGULAR	189	42.38	104	40.94	293	41.86
BUENO	177	39.69	105	41.34	282	40.29
EXCELENTE	17	3.81	7	2.76	24	3.43
TOTAL	446	100.0	254	100.0	700	100.0

P (Cochran-Armitage) = 0.9390

Lo mismo ocurre al analizar el grado de conocimientos de PE de los profesionales, tal y como se presenta a continuación.

Tabla 57. Pertenencia a una sociedad científica y Conocimientos II

CONOCIMIENTOS SOBRE PROCESO ENFERMERO	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	13	2.90	.	.	13	1.84
MALO	28	6.24	22	8.59	50	7.09
REGULAR	127	28.29	72	28.13	199	28.23
BUENO	230	51.22	136	53.13	366	51.91
EXCELENTE	51	11.36	26	10.16	77	10.92
TOTAL	449	100.0	256	100.0	705	100.0

P(Cochran-Armitage) = 0.6559

Respecto a los conocimientos de los profesionales sobre diagnósticos de enfermería, observamos en la tabla “Relación entre pertenencia a una sociedad científica y Conocimientos III” como prácticamente no existe diferencia en función de su pertenencia a un entorno científico.

Tabla 58. Pertenencia a una sociedad científica y Conocimientos III

CONOCIMIENTOS SOBRE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	11	2.46	1	0.39	12	1.70
MALO	29	6.47	18	6.98	47	6.66
REGULAR	141	31.47	85	32.95	226	32.01
BUENO	228	50.89	134	51.94	362	51.27
EXCELENTE	39	8.71	20	7.75	59	8.36
TOTAL	448	100.0	258	100.0	706	100.0

P(Cochran-Armitage) = 0.6592

Esta tendencia se mantiene para el nivel de conocimientos de sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras.

Tabla 59. Pertenencia a una sociedad científica y Conocimientos IV

CONOCIMIENTO SOBRE INTERVENCIONES ENFERMERAS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	16	3.57	1	0.39	17	2.41
MALO	65	14.51	29	11.33	94	13.35
REGULAR	149	33.26	110	42.97	259	36.79
BUENO	182	40.63	102	39.84	284	40.34
EXCELENTE	36	8.04	14	5.47	50	7.10
TOTAL	448	100.0	256	100.0	704	100.0

P (Cochran-Armitage) = 0.6014

Por último, se muestra la relación entre la pertenencia a una sociedad científica y el nivel de conocimiento de los sistemas de clasificación de resultados de enfermería.

Tabla 60. Pertenencia a una sociedad científica y Conocimientos V

CONOCIMIENTO SOBRE RESULTADOS ENFERMEROS	PERTENENCIA A UNA SOCIEDAD CIENTÍFICA				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	19	4.25	3	1.18	22	3.13
MALO	74	16.55	32	12.55	106	15.10
REGULAR	149	33.33	112	43.92	261	37.18
BUENO	173	38.70	93	36.47	266	37.89
EXCELENTE	32	7.16	15	5.88	47	6.70
TOTAL	447	100.0	255	100.0	702	100.0

P (Cochran-Armitage) = 0.4536

No observamos relación entre pertenecer o no a una sociedad científica y el nivel de conocimiento de los profesionales encuestados en relación a la metodología enfermera, el lenguaje estandarizado y los marcos conceptuales Tabla 61:



Tabla 61. Pertenencia a una sociedad científica y Conocimientos. Resumen.

Modelos conceptuales	Planes estandarizados de cuidados	Diagnósticos enfermeros	Intervenciones	Resultados
No existe relación entre el asociacionismo científico y el nivel de conocimientos sobre las herramientas metodológicas y conceptuales, de los profesionales encuestados.				
p. 0.939	p. 0.6559	p. 0.6592	p. 0.6014	p. 0.4536

## 4.11 CAMPO DE ACTUACIÓN PROFESIONAL Y GRADO DE UTILIZACIÓN

Se muestra a continuación el grado de utilización de los diagnósticos enfermeros en función del campo de actuación de los profesionales.

### 4.11.1 CAMPO DE ACTUACIÓN Y DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

A continuación, se muestran en la Tabla 62 y Tabla 63, los profesionales que utilizan los diagnósticos enfermeros en función del grado de empleo de los mismos y el campo de ejercicio profesional.

La Tabla 64 expone estos mismos profesionales pero agrupándolos exclusivamente en dos categorías: Sí (para los que emplean los diagnósticos de enfermería en alguna medida) y No (para aquellos enfermeros que no los utilizan nunca)

Podemos afirmar que existe relación entre la utilización de diagnósticos de enfermería y el campo de ejercicio profesional de los enfermeros encuestados. Comparativamente, la enfermería familiar y comunitaria son los profesionales que más emplean los diagnósticos enfermeros y la enfermería del trabajo y de diagnóstico por imagen, los que menos.

Tabla 62. Utilización de diagnósticos de enfermería y Campo de actuación I

ÁREA	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS					
	NUNCA		OCASIONALMENTE		NORMALMENTE	
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	8	4.21	15	8.47	6	6.90
Enfermería del trabajo	40	21.05	21	11.86	4	4.60
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	70	36.84	55	31.07	27	31.03
Enfermería familiar y comunitaria	6	3.16	48	27.12	31	35.63
Enfermería pediátrica	13	6.84	10	5.65	3	3.45
Docencia y gestión	11	5.79	8	4.52	9	10.34
Diagnóstico por imagen	33	17.37	17	9.60	5	5.75
Otros	9	4.74	3	1.69	2	2.30
TOTAL	190	100.0	177	100.0	87	100.0

Tabla 63. Utilización de diagnósticos de enfermería y Campo de actuación II

ÁREA	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	FRECUENTEMENTE		SIEMPRE			
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	5	3.47	5	5.00	39	5.59
Enfermería del trabajo	6	4.17	7	7.00	78	11.17
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	27	18.75	29	29.00	208	29.80
Enfermería familiar y comunitaria	76	52.78	33	33.00	194	27.79
Enfermería pediátrica	5	3.47	8	8.00	39	5.59
Docencia y gestión	16	11.11	17	17.00	61	8.74
Diagnóstico por imagen	6	4.17	.	.	61	8.74
Otros	3	2.08	1	1.00	18	2.58
TOTAL	144	100.0	100	100.0	698	100.0

Tabla 64. Utilización de diagnósticos de enfermería (SI/NO) y Campo de actuación

ÁREA	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	31	6.10	8	4.21	39	5.59
Enfermería del trabajo	38	7.48	40	21.05	78	11.17
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	138	27.17	70	36.84	208	29.80
Enfermería familiar y comunitaria	188	37.01	6	3.16	194	27.79
Enfermería pediátrica	26	5.12	13	6.84	39	5.59
Docencia y gestión	50	9.84	11	5.79	61	8.74
Diagnóstico por imagen	28	5.51	33	17.37	61	8.74
Otros	9	1.77	9	4.74	18	2.58
TOTAL	508	100.0	190	100.0	698	100.0

La Tabla 65 presenta el contraste mediante el estadístico Chi-Cuadrado.

Tabla 65. Relación entre utilización de diagnósticos de enfermería (SI/NO) y Campo de actuación (contraste)

Estadístico	Probabilidad
Chi- Cuadrado	<.0001

#### 4.11.2 CAMPO DE ACTUACIÓN Y REGISTRO DE ACTUACIONES DE ENFERMERÍA

En este apartado pasamos a exponer el registro de cuidados de enfermería que realizan los profesionales en función de su ámbito de ejercicio profesional.

Mencionar de nuevo en este punto que la división de utilización para el caso de registrar actuaciones la haremos entre los profesionales que Sí registran sus actuaciones frecuentemente o siempre y los enfermeros que No, siendo estos últimos los que lo usan con menor frecuencia: ocasionalmente o normalmente.

Las Tablas 66 y Tablas 67 desglosan el registro de actuaciones de enfermería en función de 5 grados y la Tabla 68 en función de Sí o No, tal y como se ha explicado anteriormente.

Observamos que existe relación entre el registro de cuidados de enfermería y el campo de actuación profesional. Los enfermeros del contexto familiar y comunitario son los profesionales que más registran sus actuaciones y los enfermeros de diagnóstico por imagen los que menos.

Tabla 66. Registro de actuaciones y Campo de actuación I

ÁREA	REGISTRO CUIDADOS					
	NUNCA		OCASIONALMENTE		NORMALMENTE	
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	.	.	1	2.70	5	6.33
Enfermería del trabajo	2	11.11	3	8.11	9	11.39
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	2	11.11	13	35.14	28	35.44
Enfermería familiar y comunitaria	.	.	6	16.22	10	12.66
Enfermería pediátrica	2	11.11	.	.	5	6.33
Docencia y gestión	7	38.89	2	5.41	5	6.33
Diagnóstico por imagen	5	27.78	8	21.62	12	15.19
Otros	.	.	4	10.81	5	6.33
TOTAL	18	100.0	37	100.0	79	100.0

Tabla 67. Registro de actuaciones y Campo de actuación II

ÁREA	REGISTRO CUIDADOS				TOTAL	
	FRECUENTEMENTE		SIEMPRE			
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	4	3.20	30	6.77	40	5.70
Enfermería del trabajo	15	12.00	49	11.06	78	11.11
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	34	27.20	133	30.02	210	29.91
Enfermería familiar y comunitaria	41	32.80	138	31.15	195	27.78
Enfermería pediátrica	7	5.60	25	5.64	39	5.56
Docencia y gestión	14	11.20	30	6.77	58	8.26
Diagnóstico por imagen	8	6.40	31	7.00	64	9.12

ÁREA	REGISTRO CUIDADOS				TOTAL	
	FRECUENTEMENTE		SIEMPRE			
	N	%	N	%	N	%
Otros	2	1.60	7	1.58	18	2.56
TOTAL	125	100.0	443	100.0	702	100.0

Tabla 68. Registro de actuaciones (Sí/NO) y Campo de actuación

ÁREA	REGISTRO CUIDADOS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	34	5.99	6	4.48	40	5.70
Enfermería del trabajo	64	11.27	14	10.45	78	11.11
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	167	29.40	43	32.09	210	29.91
Enfermería familiar y comunitaria	179	31.51	16	11.94	195	27.78
Enfermería pediátrica	32	5.63	7	5.22	39	5.56
Docencia y gestión	44	7.75	14	10.45	58	8.26
Diagnóstico por imagen	39	6.87	25	18.66	64	9.12
Otros	9	1.58	9	6.72	18	2.56
TOTAL	568	100.0	134	100.0	702	100.0

Por último, la Tabla 69 presenta el contraste estadístico entre ambas variables.

Tabla 69. Relación entre registro de actuaciones (Sí/NO) y Campo de actuación (contraste)

Estadístico	Probabilidad
Chi- Cuadrado	<.0001

#### 4.11.3 CAMPO DE ACTUACIÓN Y UTILIZACIÓN DE CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

A continuación procedemos a exponer el empleo de un sistema de clasificación de intervenciones enfermeras en función del contexto profesional de los sujetos encuestados.

De nuevo, primero se muestra el nivel de utilización de los sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras desglosado en 5 grados, en la Tabla 70 y Tabla 71, y en la Tabla 72 la síntesis del empleo de este lenguaje enfermero estandarizado, convirtiéndola en una variable dicotómica (Sí/No)

Podemos afirmar que existe relación estadísticamente significativa entre la utilización de sistemas de clasificación de intervenciones de enfermería y el campo de actuación.

De nuevo son los enfermeros del ámbito familiar y comunitario los profesionales que emplean los sistemas de clasificación de intervenciones de enfermería en mayor medida y los enfermeros que ejercen en el campo de diagnóstico por imagen y los enfermeros del trabajo, los que menos utilizan los sistemas de clasificación de intervenciones de enfermería.

*Tabla 70. Utilización de clasificaciones de enfermería y Campo de actuación I*

ÁREA	UTILIZA INTERVENCIONES ENFERMERAS					
	NUNCA		OCASIONALMENTE		NORMALMENTE	
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	11	5.21	14	8.70	3	4.35
Enfermería del trabajo	44	20.85	9	5.59	7	10.14
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	77	36.49	58	36.02	20	28.99
Enfermería familiar y comunitaria	9	4.27	45	27.95	20	28.99
Enfermería pediátrica	15	7.11	7	4.35	4	5.80
Docencia y gestión	10	4.74	9	5.59	6	8.70
Diagnóstico por imagen	39	18.48	14	8.70	5	7.25
Otros	6	2.84	5	3.11	4	5.80
TOTAL	211	100.0	161	100.0	69	100.0

Tabla 71. Utilización de clasificaciones de enfermería y Campo de actuación II

ÁREA	UTILIZA INTERVENCIONES ENFERMERAS				TOTAL	
	FRECUENTEMENTE		SIEMPRE			
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	4	3.01	6	5.17	38	5.51
Enfermería del trabajo	8	6.02	9	7.76	77	11.16
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	26	19.55	25	21.55	206	29.86
Enfermería familiar y comunitaria	65	48.87	51	43.97	190	27.54
Enfermería pediátrica	7	5.26	5	4.31	38	5.51
Docencia y gestión	16	12.03	19	16.38	60	8.70
Diagnóstico por imagen	4	3.01	1	0.86	63	9.13
Otros	3	2.26	.	.	18	2.61
TOTAL	133	100.0	116	100.0	690	100.0

Tabla 72. Utilización de clasificaciones de enfermería (SÍ/NO) y Campo de actuación

ÁREA	UTILIZA INTERVENCIONES ENFERMERAS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	27	5.64	11	5.21	38	5.51
Enfermería del trabajo	33	6.89	44	20.85	77	11.16
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	129	26.93	77	36.49	206	29.86
Enfermería familiar y comunitaria	181	37.79	9	4.27	190	27.54
Enfermería pediátrica	23	4.80	15	7.11	38	5.51
Docencia y gestión	50	10.44	10	4.74	60	8.70
Diagnóstico por imagen	24	5.01	39	18.48	63	9.13
Otros	12	2.51	6	2.84	18	2.61
TOTAL	479	100.0	211	100.0	690	100.0

A continuación, la información recogida en la Tabla 73, expone el contraste de ambas variables.

Tabla 73. Relación entre utilización de sistemas de clasificación de intervenciones de enfermería (Sí/NO) y Campo de actuación

Estadístico	Probabilidad
Chi- Cuadrado	<.0001

#### 4.11.4 CAMPO DE ACTUACIÓN Y FORMULACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA

Proseguimos este desarrollo presentando el grado de formulación de resultados de enfermería y el contexto específico de actuación profesional. Para ello, se aplica el mismo modelo expuesto en los puntos anteriores, desglosando la información en la Tabla 74 y Tabla 75 con grados de utilización y posteriormente, su agrupación como variable dicotómica (Sí/No), en la Tabla 76.

Observamos cómo la formulación de resultados de enfermería se encuentra relacionada con el ámbito de ejercicio profesional. De nuevo se repite el patrón de la enfermería comunitaria como el contexto en el que más se formulan y planifican resultados de enfermería. Al igual que en los casos anteriores, los enfermeros de diagnóstico por imagen son los que menos formulan resultados para sus pacientes.

Tabla 74. Formulación de resultados de enfermería y Campo de actuación I

ÁREA	FORMULA RESULTADOS ENFERMEROS					
	NUNCA		OCASIONALMENTE		NORMALMENTE	
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	7	4.09	16	8.84	2	2.08
Enfermería del trabajo	31	18.13	15	8.29	13	13.54
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	67	39.18	59	32.60	18	18.75
Enfermería familiar y comunitaria	11	6.43	50	27.62	33	34.38
Enfermería pediátrica	10	5.85	11	6.08	4	4.17
Docencia y gestión	8	4.68	8	4.42	10	10.42
Diagnóstico por imagen	32	18.71	16	8.84	11	11.46
Otros	5	2.92	6	3.31	5	5.21
TOTAL	171	100.0	181	100.0	96	100.0



Tabla 75. Formulación de resultados de enfermería y Campo de actuación II

ÁREA	FORMULA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	FRECUENTEMENTE		SIEMPRE			
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	8	5.63	5	4.67	38	5.45
Enfermería del trabajo	9	6.34	9	8.41	77	11.05
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	32	22.54	32	29.91	208	29.84
Enfermería familiar y comunitaria	68	47.89	33	30.84	195	27.98
Enfermería pediátrica	7	4.93	7	6.54	39	5.60
Docencia y gestión	14	9.86	19	17.76	59	8.46
Diagnóstico por imagen	3	2.11	1	0.93	63	9.04
Otros	1	0.70	1	0.93	18	2.58
TOTAL	142	100.0	107	100.0	697	100.0

Tabla 76. Formulación de resultados de enfermería (SÍ/NO) y Campo de actuación

ÁREA	FORMULA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	31	5.89	7	4.09	38	5.45
Enfermería del trabajo	46	8.75	31	18.13	77	11.05
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	141	26.81	67	39.18	208	29.84
Enfermería familiar y comunitaria	184	34.98	11	6.43	195	27.98
Enfermería pediátrica	29	5.51	10	5.85	39	5.60
Docencia y gestión	51	9.70	8	4.68	59	8.46
Diagnóstico por imagen	31	5.89	32	18.71	63	9.04
Otros	13	2.47	5	2.92	18	2.58
TOTAL	526	100.0	171	100.0	697	100.0

La Tabla 77 recoge el contraste estadístico de ambas variables.

Tabla 77. Relación entre formulación de resultados de enfermería (Sí/NO) y Campo de actuación (contraste)

Estadístico	Probabilidad
Chi- Cuadrado	<.0001

#### 4.11.5 CAMPO DE ACTUACIÓN Y UTILIZACIÓN DE CLASIFICACIONES DE RESULTADOS ENFERMEROS

En la Tabla 78, Tabla 79 y Tabla 80, se expone que existe de nuevo una marcada relación entre el campo de ejercicio profesional y el uso de sistemas de clasificación de resultados enfermeros. Los profesionales de enfermería del trabajo y la enfermería de diagnóstico por imagen son los que menos utilizan los sistemas de clasificación de resultados enfermeros. En cambio, los profesionales de enfermería familiar son los que más emplean este lenguaje enfermero estandarizado.

Tabla 78. Utilización de sistemas de clasificación de resultados enfermeros y Campo de actuación I

ÁREA	UTILIZA RESULTADOS ENFERMEROS					
	NUNCA		OCASIONALMENTE		NORMALMENTE	
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	15	6.15	13	7.51	3	4.05
Enfermería del trabajo	48	19.67	14	8.09	4	5.41
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	92	37.70	51	29.48	14	18.92
Enfermería familiar y comunitaria	17	6.97	54	31.21	32	43.24
Enfermería pediátrica	16	6.56	8	4.62	4	5.41
Docencia y gestión	11	4.51	8	4.62	11	14.86
Diagnóstico por imagen	37	15.16	19	10.98	4	5.41
Otros	8	3.28	6	3.47	2	2.70
TOTAL	244	100.0	173	100.0	74	100.0

Tabla 79. Utilización de sistemas de clasificación de resultados enfermeros y Campo de actuación II

ÁREA	UTILIZA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	FRECIENTEMENTE		SIEMPRE			
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	2	1.80	4	4.71	37	5.39
Enfermería del trabajo	5	4.50	6	7.06	77	11.21
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	27	24.32	20	23.53	204	29.69
Enfermería familiar y comunitaria	55	49.55	31	36.47	189	27.51
Enfermería pediátrica	5	4.50	5	5.88	38	5.53
Docencia y gestión	14	12.61	16	18.82	60	8.73
Diagnóstico por imagen	2	1.80	2	2.35	64	9.32
Otros	1	0.90	1	1.18	18	2.62
TOTAL	111	100.0	85	100.0	687	100.0

Tabla 80. Utilización de sistemas de clasificación de resultados enfermeros (SÍ/NO) y Campo de actuación

ÁREA	UTILIZA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	22	4.97	15	6.15	37	5.39
Enfermería del trabajo	29	6.55	48	19.67	77	11.21
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	112	25.28	92	37.70	204	29.69
Enfermería familiar y comunitaria	172	38.83	17	6.97	189	27.51
Enfermería pediátrica	22	4.97	16	6.56	38	5.53
Docencia y gestión	49	11.06	11	4.51	60	8.73
Diagnóstico por imagen	27	6.09	37	15.16	64	9.32
Otros	10	2.26	8	3.28	18	2.62
TOTAL	443	100.0	244	100.0	687	100.0

La Tabla 81 muestra el contraste estadístico entre las variables de clasificación de resultados enfermeros y campo de actuación.

*Tabla 81. Relación entre utilización de sistemas de clasificación de resultados enfermeros (SÍ/NO) y Campo de actuación (contraste)*

Estadístico	Probabilidad
Chi- Cuadrado	<.0001

#### 4.11.6 CAMPO DE ACTUACIÓN Y UTILIZACIÓN DE PEC

En este bloque se presenta el uso de PEC por parte de los enfermeros en función de su campo de actuación. De nuevo la enfermería familiar son los profesionales que más emplean PEC. En cambio, es la enfermería que ejerce en el ámbito de la salud laboral el colectivo que menos aplica esta herramienta enfermera, como se expone en los siguientes cuadros (Tabla 82, Tabla 83 y Tabla 84).

*Tabla 82. Utilización de PEC y Campo de actuación I*

ÁREA	UTILIZA PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS					
	NUNCA		OCASIONALMENTE		NORMALMENTE	
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	9	5.59	6	3.66	7	6.80
Enfermería del trabajo	40	24.84	16	9.76	8	7.77
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	48	29.81	43	26.22	22	21.36
Enfermería familiar y comunitaria	19	11.80	59	35.98	35	33.98
Enfermería pediátrica	7	4.35	8	4.88	9	8.74
Docencia y gestión	12	7.45	10	6.10	8	7.77
Diagnóstico por imagen	19	11.80	18	10.98	11	10.68
Otros	7	4.35	4	2.44	3	2.91
TOTAL	161	100.0	164	100.0	103	100.0

Tabla 83. Utilización de PEC y Campo de actuación II

AREA	UTILIZA PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS				TOTAL	
	FRECUENTEMENTE		SIEMPRE			
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	9	5.84	9	8.18	40	5.78
Enfermería del trabajo	8	5.19	6	5.45	78	11.27
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	48	31.17	42	38.18	203	29.34
Enfermería familiar y comunitaria	53	34.42	26	23.64	192	27.75
Enfermería pediátrica	10	6.49	5	4.55	39	5.64
Docencia y gestión	16	10.39	13	11.82	59	8.53
Diagnóstico por imagen	6	3.90	9	8.18	63	9.10
Otros	4	2.60	.	.	18	2.60
TOTAL	154	100.0	110	100.0	692	100.0

Tabla 84. Utilización de PEC (SÍ/NO) y Campo de actuación

ÁREA	UTILIZA PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	31	5.84	9	5.59	40	5.78
Enfermería del trabajo	38	7.16	40	24.84	78	11.27
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	155	29.19	48	29.81	203	29.34
Enfermería familiar y comunitaria	173	32.58	19	11.80	192	27.75
Enfermería pediátrica	32	6.03	7	4.35	39	5.64
Docencia y gestión	47	8.85	12	7.45	59	8.53
Diagnóstico por imagen	44	8.29	19	11.80	63	9.10
Otros	11	2.07	7	4.35	18	2.60
TOTAL	531	100.0	161	100.0	692	100.0

Por último, el siguiente cuadro (Tabla 85) expone el contraste estadístico Chi-Cuadrado.

Tabla 85. Relación entre utilización de PEC (SÍ/NO) y Campo de actuación (contraste)

Estadístico	Probabilidad
Chi- Cuadrado	<.0001

#### 4.11.7 CAMPO DE ACTUACIÓN Y MODELOS CONCEPTUALES DE ENFERMERÍA

En este apartado se expone la utilización de modelos conceptuales de enfermería que están llevando a cabo los enfermeros que ejercen en España y han participado en esta investigación.

##### 4.11.7.1 CAMPO DE ACTUACIÓN Y MODELO CONCEPTUAL ESTUDIADO

En la Tabla 86, se recoge en primer lugar si existen diferencias entre el estudio de un modelo conceptual de enfermería durante la formación de los profesionales y su contexto profesional actual.

Tabla 86. Campo de actuación y modelo conceptual estudiado

ÁREA	MODELO CONCEPTUAL ESTUDIADO				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	168	78,87%	45	21,13%	213	29,79%
Enfermería familiar y comunitaria	135	68,88%	61	31,12%	196	27,41%
Enfermería del trabajo	52	65,00%	28	35,00%	80	11,19%
Docencia y gestión	51	80,95%	12	19,05%	63	8,81%
Diagnóstico por imagen	48	75,00%	16	25,00%	64	8,95%
Enfermería pediátrica	34	87,18%	5	12,82%	39	5,45%

Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	29	70,73%	12	29,27%	41	5,73%
Otros	15	78,95%	4	21,05%	19	2,66%
TOTAL	532	74,41%	183	25,59%	715	100,00%

P (Chi Cuadrado) = 0.0451

Se constata que los enfermeros que más han estudiado los modelos conceptuales en la universidad son los que actualmente están en campos como “Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos”, “Docencia y gestión” y “Diagnóstico por imagen”.

Observamos cómo no existe una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables, ya que no existen diferencias sustanciales entre el número de profesionales que han estudiado bajo los postulados de un modelo conceptual y los profesionales que no han guiado su formación bajo las enseñanzas de una teórica.

#### 4.11.7.2 CAMPO DE ACTUACION Y MODELO CONCEPTUAL ACTUAL

En la Tabla 87, se presenta a continuación el empleo de un modelo conceptual por los profesionales en la actualidad y el contexto en el que éstos ejercen.

Tabla 87. Campo de actuación y modelo conceptual actual

ÁREA	MODELO CONCEPTUAL ACTUAL				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	136	63,85%	77	36,15%	213	29,79%
Enfermería familiar y comunitaria	144	73,47%	52	26,53%	196	27,41%
Enfermería del trabajo	24	30,00%	56	70,00%	80	11,19%
Docencia y gestión	45	71,43%	18	28,57%	63	8,81%

Diagnóstico por imagen	22	34,38%	42	65,63%	64	8,95%
Enfermería pediátrica	29	74,36%	10	25,64%	39	5,45%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	23	56,10%	18	43,90%	41	5,73%
Otros	7	36,84%	12	63,16%	19	2,66%
<b>TOTAL</b>	<b>430</b>	<b>60,14%</b>	<b>285</b>	<b>39,86%</b>	<b>715</b>	<b>100,00%</b>

P (Chi Cuadrado) <.0001

Podemos afirmar que los enfermeros que más utilizan los modelos conceptuales en la actualidad son los pertenecientes a los campos de “Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos”, “Enfermería familiar y comunitaria”, “Enfermería pediátrica” y “Docencia y gestión”.

A diferencia del apartado anterior, sí se ha podido establecer una relación entre ambas variables. Se observa cómo dos tercios de la enfermería del trabajo no emplean en la actualidad ningún modelo conceptual en su práctica diaria, a diferencia de la enfermería de familia o pediátrica.

#### 4.11.7.3 CAMPO DE ACTUACION Y MODELO CONCEPTUAL DE ELECCIÓN

En este apartado se expone el modelo conceptual que escogerían los profesionales en función de su contexto profesional. Es importante recordar que esta información se ha recogido entre aquellos profesionales que no emplean ningún modelo conceptual en la actualidad.

Respecto a los profesionales que no utilizan los modelos conceptuales a día de hoy, cabe destacar que los pertenecientes al área de enfermería familiar y comunitaria, aun siendo los que más los emplean, son a su vez los que en mayor medida no escogerían ninguno de los existentes en la actualidad para guiar su práctica profesional, Tabla 88:



Tabla 88. Campo de actuación y modelo conceptual de elección

ÁREA	MODELO CONCEPTUAL DE ELECCIÓN				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
Enfermería de cuidados médico-quirúrgicos	49	63,64%	28	36,36%	77	26,10%
Enfermería familiar y comunitaria	9	17,31%	43	82,69%	52	17,63%
Enfermería del trabajo	36	64,29%	20	35,71%	56	18,98%
Docencia y gestión	14	77,78%	4	22,22%	18	6,10%
Diagnóstico por imagen	26	61,90%	16	38,10%	42	14,24%
Enfermería pediátrica	6	30,00%	14	70,00%	20	6,78%
Enfermería obstétrico y ginecológica, salud mental y geriátrica	11	61,11%	7	38,89%	18	6,10%
Otros	8	66,67%	4	33,33%	12	4,07%
TOTAL	159	53,90%	136	46,10%	295	100,00%

P (Chi Cuadrado) <.0001

A continuación se presenta una tabla resumen, Tabla 89, en el que se agrupan los principales resultados obtenidos en relación al grado de utilización de las distintas herramientas de la práctica y ciencia enfermera y el campo de ejercicio profesional.

Tabla 89. Campo de actuación profesional y Grado de utilización. Resumen.

	Relación entre campo de actuación profesional y grado de utilización	Chi-Cuadrado
Diagnósticos enfermeros (DxE)	Existe relación entre el campo de ejercicio profesional y el uso de DxE.	< .0001

	<b>Relación entre campo de actuación profesional y grado de utilización</b>	<b>Chi-Cuadrado</b>
Registro	Existe relación entre el registro de cuidados y el contexto profesional. Los enfermeros de familia son los que registran en mayor medida y los de diagnóstico por imagen, los que menos.	< .0001
Intervenciones enfermeras	Existe relación entre el grado de utilización de intervenciones enfermeras y el contexto profesional. Los enfermeros de familia son los que registran en mayor medida y los de diagnóstico por imagen y los enfermeros del trabajo, los que menos.	< .0001
Formula resultados enfermeros	Existe relación entre la formulación de resultados de enfermería y el campo de actuación. Los enfermeros de familia son los que más formulan resultados y los de diagnóstico por imagen, los que menos.	< .0001
Resultados enfermeros	El empleo de un sistema de clasificación de resultados de enfermería está relacionado por el contexto en el que ejercen los profesionales. Los enfermeros del trabajo y la enfermería de diagnóstico por imagen son los que menos los emplean y los enfermeros de familia los que más.	< .0001
Planes estandarizados de cuidados (PEC)	Los enfermeros de familia son los profesionales que emplean en mayor medida los PEC y los enfermeros del trabajo los que menos. El ámbito de ejercicio profesional y el empleo de PEC se encuentran relacionados.	< .0001
Modelos conceptuales	Existe relación entre el ámbito profesional de los enfermeros y el empleo, elección y estudio de los modelos conceptuales de enfermería.	< .0001

## 4.12 UTILIZACIÓN Y CONOCIMIENTOS

### 4.12.1 MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA ESTUDIADO DURANTE LA FORMACIÓN UNIVERSITARIA Y MODELO CONCEPTUAL UTILIZADO ACTUALMENTE

Observamos en la Tabla 90 que lo estudiado durante la formación universitaria es lo que se tiende a mantener en el campo laboral, siendo el modelo conceptual de Virginia Henderson el seleccionado de manera más frecuente en ambos casos.

Tabla 90. Modelo conceptual actual y estudiado en la universidad

UNIVERSIDAD	MODELO CONCEPTUAL ACTUAL						TOTAL	
	Ninguno		Virginia Henderson		Otros			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Virginia Henderson	162	56.84	213	75.00	86	58.90	461	64.48
Ninguno	102	35.79	50	17.61	31	21.23	183	25.59
Otros	21	7.37	21	7.39	29	19.86	71	9.93
TOTAL	285	100.0	284	100.0	146	100.0	715	100.0

P (Chi Cuadrado) <.0001

### 4.12.2 MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA ACTUAL Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS

Como se puede ver en la Tabla 91, existe relación entre el conocimiento de los modelos conceptuales y el empleo de un modelo conceptual en la práctica diaria, en concreto el modelo conceptual de Virginia Henderson.

Tabla 91. Modelo actual utilizado y grado de conocimientos I

CONOCIMIENTO MODELOS CONCEPTUALES	MODELO UTILIZADO				TOTAL	
	NINGUNO		VIRGINIA HENDERSON			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	17	6.18	2	0.71	19	3.42
MALO	50	18.18	27	9.64	77	13.87
REGULAR	127	46.18	107	38.21	234	42.16
BUENO	75	27.27	135	48.21	210	37.84
EXCELENTE	6	2.18	9	3.21	15	2.70

CONOCIMIENTO MODELOS CONCEPTUALES	MODELO UTILIZADO				TOTAL	
	NINGUNO		VIRGINIA HENDERSON			
	N	%	N	%	N	%
TOTAL	275	100.0	280	100.0	555	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Respecto al grado de conocimiento del PE, vemos en la Tabla 92, como es mayor por parte de aquellos enfermeros que utilizan el modelo conceptual de Virginia Henderson en su práctica diaria.

Tabla 92. Modelo actual utilizado y grado de conocimientos II

CONOCIMIENTO PROCESO ENFERMERO	MODELO UTILIZADO				TOTAL	
	NINGUNO		VIRGINIA HENDERSON			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	11	3.97	1	0.35	12	2.15
MALO	36	13.00	12	4.26	48	8.59
REGULAR	103	37.18	69	24.47	172	30.77
BUENO	112	40.43	168	59.57	280	50.09
EXCELENTE	15	5.42	32	11.35	47	8.41
TOTAL	277	100.0	282	100.0	559	100.0

P(Cochran-Armitage) <.0001

En la Tabla 93 observamos que existe relación entre el uso de un modelo conceptual y el grado de conocimiento de diagnósticos de enfermería, siendo calificado como "bueno" y "excelente" prácticamente por el doble de enfermeros que utilizan un modelo conceptual respecto a los que no lo utilizan.

Tabla 93. Modelo actual utilizado y grado de conocimientos III

CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	MODELO UTILIZADO				TOTAL	
	NINGUNO		VIRGINIA HENDERSON			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	10	3.60	2	0.71	12	2.14
MALO	39	14.03	7	2.47	46	8.20
REGULAR	111	39.93	84	29.68	195	34.76
BUENO	105	37.77	170	60.07	275	49.02
EXCELENTE	13	4.68	20	7.07	33	5.88
TOTAL	278	100.0	283	100.0	561	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

En la Tabla 94 se constata que existe también una relación estadísticamente significativa entre el grado de conocimientos de los sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras y el empleo del modelo conceptual de Virginia Henderson por parte de los profesionales.

Tabla 94. Modelo actual utilizado y grado de conocimientos IV

CONOCIMIENTO INTERVENCIONES ENFERMERAS	MODELO UTILIZADO				TOTAL	
	NINGUNO		VIRGINIA HENDERSON			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	14	5.07	2	0.71	16	2.87
MALO	64	23.19	25	8.87	89	15.95
REGULAR	114	41.30	103	36.52	217	38.89
BUENO	75	27.17	134	47.52	209	37.46
EXCELENTE	9	3.26	18	6.38	27	4.84
TOTAL	276	100.0	282	100.0	558	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tal y como se detalla en la Tabla 95, lo mismo ocurre con aquellos profesionales que aplican el modelo de Virginia Henderson y el grado de conocimiento de las clasificaciones de resultados enfermeros.

Tabla 95. Modelo actual utilizado y grado de conocimientos V

CONOCIMIENTO RESULTADOS ENFERMEROS	MODELO UTILIZADO				TOTAL	
	NINGUNO		VIRGINIA HENDERSON			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	17	6.23	3	1.06	20	3.60
MALO	69	25.27	30	10.60	99	17.81
REGULAR	109	39.93	105	37.10	214	38.49
BUENO	70	25.64	126	44.52	196	35.25
EXCELENTE	8	2.93	19	6.71	27	4.86
TOTAL	273	100.0	283	100.0	556	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

En definitiva, los enfermeros que utilizan el modelo de Virginia Henderson tienen mayor nivel de conocimiento en metodología enfermera, modelos conceptuales y lenguaje estandarizado, frente a los profesionales que no utilizan ningún modelo conceptual en su trabajo. Estos últimos declaran un menor grado de conocimientos en estas áreas.

#### 4.12.3 UTILIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS

En la Tabla 96 observamos que existe una relación estadísticamente significativa entre la utilización de diagnósticos de enfermería y el grado de conocimientos de los modelos conceptuales, siendo mayor entre los profesionales que emplean los diagnósticos enfermeros en su práctica diaria.

Tabla 96. Utilización y conocimientos: Diagnósticos I

CONOCIMIENTO MODELOS CONCEPTUALES	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	5	1.00	14	7.45	19	2.76
MALO	32	6.39	49	26.06	81	11.76
REGULAR	208	41.52	83	44.15	291	42.24

CONOCIMIENTO MODELOS CONCEPTUALES	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
BUENO	238	47.50	37	19.68	275	39.91
EXCELENTE	18	3.59	5	2.66	23	3.34
TOTAL	501	100.0	188	100.0	689	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Lo mismo ocurre para el grado de conocimientos de PE y el uso de los diagnósticos de enfermería por parte de los profesionales, ver Tabla 97.

Tabla 97. Utilización y conocimientos: Diagnósticos II

CONOCIMIENTO PROCESO ENFERMERO	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SI		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	2	0.40	11	5.85	13	1.87
MALO	16	3.16	33	17.55	49	7.06
REGULAR	120	23.72	77	40.96	197	28.39
BUENO	301	59.49	59	31.38	360	51.87
EXCELENTE	67	13.24	8	4.26	75	10.81
TOTAL	506	100.0	188	100.0	694	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

También la relación entre los conocimientos y la utilización de diagnósticos de enfermería es estadísticamente significativa. Los profesionales que tienen un mayor nivel de conocimientos son los que más los emplean, ver Tabla 98.

Tabla 98. Utilización y conocimientos: Diagnósticos III

CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	2	0.39	10	5.29	12	1.72

CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MALO	9	1.78	37	19.58	46	6.61
REGULAR	138	27.22	86	45.50	224	32.18
BUENO	305	60.16	52	27.51	357	51.29
EXCELENTE	53	10.45	4	2.12	57	8.19
TOTAL	507	100.0	189	100.0	696	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

En la Tabla 99 y Tabla 100 se muestra como esta tendencia se mantiene para los I nivel de conocimientos de los sistemas de clasificación de intervenciones y resultados, y el empleo de los diagnósticos de enfermería.

Tabla 99. Utilización y conocimientos: Diagnósticos IV

CONOCIMIENTO INTERVENCIONES ENFERMERAS	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	4	0.79	13	6.91	17	2.45
MALO	37	7.30	56	29.79	93	13.38
REGULAR	169	33.33	85	45.21	254	36.55
BUENO	251	49.51	31	16.49	282	40.58
EXCELENTE	46	9.07	3	1.60	49	7.05
TOTAL	507	100.0	188	100.0	695	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 100. Utilización y conocimientos: Diagnósticos V

CONOCIMIENTO RESULTADOS ENFERMEROS	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	5	0.99	17	9.04	22	3.17
MALO	48	9.49	57	30.32	105	15.13



CONOCIMIENTO RESULTADOS ENFERMEROS	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
REGULAR	176	34.78	81	43.09	257	37.03
BUENO	234	46.25	29	15.43	263	37.90
EXCELENTE	43	8.50	4	2.13	47	6.77
TOTAL	506	100.0	188	100.0	694	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

A tenor de todo lo expuesto anteriormente, podemos afirmar que entre los enfermeros que utilizan los diagnósticos enfermeros hay un mayor nivel de conocimiento de los diferentes lenguajes, modelos conceptuales y proceso enfermero.

#### 4.12.4 REGISTRO DE ACTUACIONES DE ENFERMERÍA Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS

En este apartado la división de utilización para el caso de registrar actuaciones se ha realizado entre los profesionales que Sí la usan frecuentemente o siempre y los enfermeros que No, siendo estos últimos los que lo usan con menor frecuencia: ocasionalmente, normalmente o nunca.

En la Tabla 101 observamos como los enfermeros que registran sus actuaciones gozan de un mayor grado de conocimientos en materia de modelos conceptuales de enfermería.

Tabla 101. Utilización y conocimientos: Registra actuaciones I

CONOCIMIENTO MODELOS CONCEPTUALES	REGISTRA ACTUACIONES				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	14	2.51	5	3.73	19	2.75
MALO	58	10.39	24	17.91	82	11.85
REGULAR	235	42.11	57	42.54	292	42.20
BUENO	229	41.04	47	35.07	276	39.88

CONOCIMIENTO MODELOS CONCEPTUALES	REGISTRA ACTUACIONES				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
EXCELENTE	22	3.94	1	0.75	23	3.32
TOTAL	558	100.0	134	100.0	692	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Lo mismo ocurre entre los profesionales que consideran que su nivel de conocimientos de PE es bueno y excelente, tal y como se muestra en la Tabla 102.

Tabla 102. Utilización y conocimientos: Registra actuaciones II

CONOCIMIENTO PROCESO ENFERMERO	REGISTRA ACTUACIONES				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	10	1.78	3	2.24	13	1.87
MALO	34	6.04	16	11.94	50	7.17
REGULAR	153	27.18	46	34.33	199	28.55
BUENO	300	53.29	62	46.27	362	51.94
EXCELENTE	66	11.72	7	5.22	73	10.47
TOTAL	563	100.0	134	100.0	697	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

La relación entre variables también es estadísticamente positiva para los enfermeros que registran sus actuaciones y el nivel de conocimientos que ostentan en materia de diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Los profesionales que registran sus cuidados califican de manera más positiva su grado de conocimientos sobre diagnósticos enfermeros, sistemas de clasificación de resultados e intervenciones, tal y como se muestra en la Tabla 103, Tabla 104 y Tabla 105.

Tabla 103. Utilización y conocimientos: Registra actuaciones III

CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	REGISTRA ACTUACIONES				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	9	1.60	3	2.24	12	1.72
MALO	28	4.96	19	14.18	47	6.73
REGULAR	176	31.21	50	37.31	226	32.38
BUENO	298	52.84	60	44.78	358	51.29
EXCELENTE	53	9.40	2	1.49	55	7.88
TOTAL	564	100.0	134	100.0	698	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 104. Utilización y conocimientos: Registra actuaciones IV

CONOCIMIENTO INTERVENCIONES ENFERMERAS	REGISTRA ACTUACIONES				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	11	1.96	6	4.48	17	2.44
MALO	67	11.92	27	20.15	94	13.51
REGULAR	199	35.41	58	43.28	257	36.93
BUENO	240	42.70	40	29.85	280	40.23
EXCELENTE	45	8.01	3	2.24	48	6.90
TOTAL	562	100.0	134	100.0	696	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 105. Utilización y conocimientos: Registra actuaciones V

CONOCIMIENTO RESULTADOS ENFERMEROS	REGISTRA ACTUACIONES				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	15	2.67	7	5.22	22	3.17
MALO	75	13.37	31	23.13	106	15.25
REGULAR	206	36.72	54	40.30	260	37.41
BUENO	223	39.75	39	29.10	262	37.70
EXCELENTE	42	7.49	3	2.24	45	6.47
TOTAL	561	100.0	134	100.0	695	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Entre los profesionales que registran sus actuaciones frecuentemente o siempre hay un mayor grado de conocimiento del lenguaje estandarizado, la metodología y los modelos conceptuales de enfermería.

#### 4.12.5 UTILIZACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS

A continuación, se expone la relación entre la utilización de un sistema de clasificación de intervenciones de enfermería y el nivel de conocimientos de los profesionales encuestados en las distintas materias.

De nuevo observamos que existe relación entre el empleo de un sistema de clasificación de intervenciones y los conocimientos de modelos conceptuales, siendo valorado de manera más positiva entre los profesionales que utilizan este lenguaje enfermero, ver Tabla 106.

Tabla 106. Utilización y conocimientos: Clasificación de intervenciones I

CONOCIMIENTO MODELOS CONCEPTUALES	UTILIZA INTERVENCIONES ENFERMERAS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	2	0.42	17	8.13	19	2.79
MALO	30	6.34	51	24.40	81	11.88
REGULAR	197	41.65	90	43.06	287	42.08
BUENO	226	47.78	46	22.01	272	39.88
EXCELENTE	18	3.81	5	2.39	23	3.37
TOTAL	473	100.0	209	100.0	682	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Lo mismo ocurre para el PE, ya que aquellos profesionales que utilizan intervenciones enfermeras presentan un mayor nivel de conocimientos de PE, ver Tabla 107.

Tabla 107. Utilización y conocimientos: Clasificación de intervenciones II

CONOCIMIENTO PROCESO ENFERMERO	UTILIZA INTERVENCIONES ENFERMERAS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	1	0.21	12	5.74	13	1.90
MALO	13	2.73	36	17.22	49	7.14
REGULAR	109	22.85	86	41.15	195	28.43
BUENO	289	60.59	67	32.06	356	51.90
EXCELENTE	65	13.63	8	3.83	73	10.64
TOTAL	477	100.0	209	100.0	686	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

La relación se mantiene para los lenguajes enfermeros estandarizados. Los enfermeros que utilizan sistemas de clasificación de intervenciones de enfermería tienen un mayor nivel de conocimientos en materia de lenguaje enfermero estandarizado, que aquellos profesionales que no las emplean, ver Tabla 108, Tabla 109 y Tabla 110.

Tabla 108. Utilización y conocimientos: Clasificación de intervenciones III

CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	UTILIZA INTERVENCIONES ENFERMERAS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	2	0.42	10	4.76	12	1.75
MALO	12	2.52	34	16.19	46	6.70
REGULAR	122	25.58	100	47.62	222	32.31
BUENO	290	60.80	62	29.52	352	51.24
EXCELENTE	51	10.69	4	1.90	55	8.01
TOTAL	477	100.0	210	100.0	687	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 109. Utilización y conocimientos: Clasificación de intervenciones IV

CONOCIMIENTO INTERVENCIONES ENFERMERAS	UTILIZA INTERVENCIONES ENFERMERAS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	2	0.42	15	7.18	17	2.47
MALO	36	7.52	56	26.79	92	13.37
REGULAR	155	32.36	100	47.85	255	37.06
BUENO	242	50.52	35	16.75	277	40.26
EXCELENTE	44	9.19	3	1.44	47	6.83
TOTAL	479	100.0	209	100.0	688	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 110. Utilización y conocimientos: Clasificación de intervenciones V

CONOCIMIENTO RESULTADOS ENFERMEROS	UTILIZA INTERVENCIONES ENFERMERAS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	3	0.63	19	9.09	22	3.20
MALO	46	9.62	58	27.75	104	15.14
REGULAR	163	34.10	95	45.45	258	37.55
BUENO	224	46.86	33	15.79	257	37.41
EXCELENTE	42	8.79	4	1.91	46	6.70
TOTAL	478	100.0	209	100.0	687	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tras lo expuesto, podemos afirmar que entre los profesionales que utilizan los sistemas de clasificación de intervenciones hay un mayor conocimiento de las diferentes metodologías y lenguajes enfermeros estandarizados.

#### 4.12.6 FORMULACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS

La formulación de resultados enfermeros es una fase importante del PE, gracias a la cual la enfermera plantea los objetivos derivados de sus cuidados. A continuación se muestra la

relación entre la formulación de resultados enfermeros y el grado de conocimientos de los distintos aspectos consultados en esta investigación.

Respecto al grado de conocimientos de los modelos conceptuales, observamos como éste se halla relacionado con la formulación de objetivos al dispensar cuidados, ver Tabla 111.

*Tabla 111. Utilización y conocimientos: Formula resultados I*

CONOCIMIENTO MODELOS CONCEPTUALES	FORMULA RESULTADOS ENFERMEROS				Total	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	4	0.77	15	8.88	19	2.77
MALO	47	9.07	34	20.12	81	11.79
REGULAR	216	41.70	74	43.79	290	42.21
BUENO	234	45.17	40	23.67	274	39.88
EXCELENTE	17	3.28	6	3.55	23	3.35
TOTAL	518	100.0	169	100.0	687	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

A continuación, en la Tabla 112, se muestra como aquellos enfermeros que planifican objetivos tienen un mayor grado de conocimientos de PE.

*Tabla 112. Utilización y conocimientos: Formula resultados II*

CONOCIMIENTO PROCESO ENFERMERO	FORMULA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	4	0.76	9	5.33	13	1.88
MALO	25	4.78	24	14.20	49	7.08
REGULAR	131	25.05	67	39.64	198	28.61
BUENO	299	57.17	61	36.09	360	52.02
EXCELENTE	64	12.24	8	4.73	72	10.40
TOTAL	523	100.0	169	100.0	692	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

También existe relación entre la formulación de resultados por parte de los enfermeros y sus nociones de diagnósticos enfermeros, siendo mayores entre los profesionales que planifican objetivos para los pacientes que atienden, tal y como se expone en la Tabla 113.

Tabla 113. Utilización y conocimientos: Formula resultados III

CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	FORMULA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	4	0.76	8	4.71	12	1.73
MALO	17	3.25	29	17.06	46	6.64
REGULAR	152	29.06	73	42.94	225	32.47
BUENO	300	57.36	55	32.35	355	51.23
EXCELENTE	50	9.56	5	2.94	55	7.94
TOTAL	523	100.0	170	100.0	693	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Esta tendencia se mantiene para el grado de conocimientos de sistemas de clasificación de intervenciones y resultados enfermeros, ver Tabla 114.

Tabla 114. Utilización y conocimientos: Formula resultados IV

CONOCIMIENTO INTERVENCIONES ENFERMERAS	FORMULA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	5	0.95	12	7.10	17	2.45
MALO	54	10.31	40	23.67	94	13.56
REGULAR	176	33.59	80	47.34	256	36.94
BUENO	246	46.95	33	19.53	279	40.26
EXCELENTE	43	8.21	4	2.37	47	6.78
TOTAL	524	100.0	169	100.0	693	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001



Así mismo, observamos como las nociones de sistemas de clasificación de resultados enfermeros son superiores entre los profesionales que planifican objetivos a conseguir por los pacientes, tal y como se muestra en la Tabla 115.

Tabla 115. Utilización y conocimientos: Formula resultados V

CONOCIMIENTO RESULTADOS ENFERMEROS	FORMULA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	6	1.15	16	9.47	22	3.18
MALO	66	12.62	40	23.67	106	15.32
REGULAR	182	34.80	76	44.97	258	37.28
BUENO	229	43.79	32	18.93	261	37.72
EXCELENTE	40	7.65	5	2.96	45	6.50
TOTAL	523	100.0	169	100.0	692	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Es decir, los enfermeros que formulan resultados de enfermería presentan un mayor conocimiento del proceso enfermero, los lenguajes estandarizados y los modelos conceptuales de enfermería.

#### 4.12.7 UTILIZACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS

Presentamos a continuación la interacción entre el empleo de un sistema de clasificación de resultados enfermeros y el nivel de conocimientos que los profesionales tienen sobre las distintas materias consultadas.

Proseguimos poniendo de manifiesto en la Tabla 116 la existencia de relación entre el empleo de un sistema de clasificación de resultados enfermeros y el grado de conocimiento en modelos conceptuales.

Tabla 116. Utilización y conocimientos: Clasificación de resultados I

CONOCIMIENTO MODELOS CONCEPTUALES	UTILIZA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	1	0.23	17	7.02	18	2.65
MALO	26	5.96	55	22.73	81	11.95
REGULAR	174	39.91	108	44.63	282	41.59
BUENO	218	50.00	56	23.14	274	40.41
EXCELENTE	17	3.90	6	2.48	23	3.39
TOTAL	436	100.0	242	100.0	678	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Siguiendo esta misma línea, la Tabla 117 ilustra cómo los enfermeros que utilizan un sistema de resultados enfermeros, valoran de forma más positiva su nivel de conocimientos en PE.

Tabla 117. Utilización y conocimientos: Clasificación de resultados II

CONOCIMIENTO PROCESO ENFERMERO	UTILIZA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	1	0.23	12	4.96	13	1.91
MALO	13	2.95	35	14.46	48	7.04
REGULAR	90	20.45	103	42.56	193	28.30
BUENO	272	61.82	82	33.88	354	51.91
EXCELENTE	64	14.55	10	4.13	74	10.85
TOTAL	440	100.0	242	100.0	682	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

En relación al empleo de los resultados de enfermería por parte de los profesionales y sus nociones de lenguaje enfermero estandarizado, se muestra a continuación la existencia de una relación estadísticamente significativa en ambas variables, en la Tabla 118 para los diagnósticos de enfermería, la Tabla 119 hace referencia a los sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras y la Tabla 120 sobre los sistemas de clasificación de resultados enfermeros.

*Tabla 118. Utilización y conocimientos: Clasificación de resultados III*

CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	UTILIZA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	1	0.23	11	4.53	12	1.76
MALO	6	1.36	40	16.46	46	6.73
REGULAR	100	22.73	117	48.15	217	31.77
BUENO	282	64.09	70	28.81	352	51.54
EXCELENTE	51	11.59	5	2.06	56	8.20
TOTAL	440	100.0	243	100.0	683	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

*Tabla 119. Utilización y conocimientos: Clasificación de resultados IV*

CONOCIMIENTOS INTERVENCIONES ENFERMERAS	UTILIZA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	.	.	16	6.61	16	2.34
MALO	28	6.35	64	26.45	92	13.47
REGULAR	131	29.71	117	48.35	248	36.31
BUENO	238	53.97	41	16.94	279	40.85
EXCELENTE	44	9.98	4	1.65	48	7.03

CONOCIMIENTOS INTERVENCIONES ENFERMERAS	UTILIZA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
TOTAL	441	100.0	242	100.0	683	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 120. Utilización y conocimientos: Clasificación de resultados V

CONOCIMIENTO RESULTADOS ENFERMEROS	UTILIZA RESULTADOS ENFERMERO				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	.	.	21	8.68	21	3.08
MALO	35	7.95	68	28.10	103	15.10
REGULAR	142	32.27	111	45.87	253	37.10
BUENO	222	50.45	37	15.29	259	37.98
EXCELENTE	41	9.32	5	2.07	46	6.74
TOTAL	440	100.0	242	100.0	682	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tras todo lo expuesto, podemos afirmar que existe un mayor nivel de conocimientos de lenguaje enfermero, proceso enfermero y modelos conceptuales entre los enfermeros que utilizan los sistemas de clasificación de resultados de enfermería en su práctica diaria.

#### 4.12.8 UTILIZACIÓN DE PEC Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS

En este apartado se expone la interacción entre el empleo de PEC y el nivel de conocimientos en lenguaje enfermero estandarizado, PE, y modelos conceptuales, por parte de los profesionales encuestados.

Observamos como los enfermeros que utilizan PEC tienen un mayor nivel de conocimientos en modelos conceptuales, ver Tabla 121.

Tabla 121. Utilización y conocimientos: PEC I

CONOCE MODELOS CONCEPTUALES	UTILIZA PROCESO ENFERMERO				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	10	1.90	8	5.06	18	2.63
MALO	49	9.32	33	20.89	82	11.99
REGULAR	209	39.73	77	48.73	286	41.81
BUENO	241	45.82	34	21.52	275	40.20
EXCELENTE	17	3.23	6	3.80	23	3.36
TOTAL	526	100.0	158	100.0	684	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

A continuación, la Tabla 122 muestra que esta tendencia se mantiene para el empleo de PEC y el conocimiento en PE. Es importante recordar que la materialización del PE en la práctica diaria se lleva a cabo gracias a los PEC.

Tabla 122. Utilización y conocimientos: PEC II

CONOCIMIENTO PROCESO ENFERMERO	UTILIZA PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	6	1.13	6	3.77	12	1.74
MALO	28	5.29	22	13.84	50	7.27
REGULAR	134	25.33	62	38.99	196	28.49
BUENO	300	56.71	57	35.85	357	51.89
EXCELENTE	61	11.53	12	7.55	73	10.61
TOTAL	529	100.0	159	100.0	688	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Esta relación se observa también entre el empleo de PEC y las nociones de los profesionales sobre lenguaje enfermero estandarizado, ver Tabla 123, Tabla 124 y Tabla 125. Es decir, los enfermeros que utilizan PEC tienen un mayor grado de conocimientos en diagnósticos de enfermería que aquellos que no los emplean.

Tabla 123. Utilización y conocimientos: PEC III

CONOCIMIENTO DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	UTILIZA PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	4	0.75	7	4.40	11	1.60
MALO	23	4.34	24	15.09	47	6.82
REGULAR	155	29.25	68	42.77	223	32.37
BUENO	298	56.23	54	33.96	352	51.09
EXCELENTE	50	9.43	6	3.77	56	8.13
TOTAL	530	100.0	159	100.0	689	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Lo mismo ocurre para el nivel de conocimientos en materia de clasificación de resultados de enfermería y de intervenciones, siendo mayor en los profesionales que utilizan PEC en su actividad.

Tabla 124. Utilización y conocimientos: PEC IV

CONOCIMIENTO INTERVENCIONES ENFERMERAS	UTILIZA PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	5	0.95	11	6.92	16	2.33
MALO	57	10.78	37	23.27	94	13.66
REGULAR	183	34.59	70	44.03	253	36.77
BUENO	241	45.56	36	22.64	277	40.26
EXCELENTE	43	8.13	5	3.14	48	6.98

CONOCIMIENTO INTERVENCIONES ENFERMERAS	UTILIZA PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
TOTAL	529	100.0	159	100.0	688	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 125. Utilización y conocimientos: PEC V

CONOCIMIENTO RESULTADOS ENFERMEROS	UTILIZA PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY MALO	8	1.52	13	8.18	21	3.06
MALO	68	12.88	38	23.90	106	15.43
REGULAR	186	35.23	69	43.40	255	37.12
BUENO	226	42.80	33	20.75	259	37.70
EXCELENTE	40	7.58	6	3.77	46	6.70
TOTAL	528	100.0	159	100.0	687	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Por ello, se observa que entre los profesionales que utilizan PEC hay un mayor conocimiento de las diferentes metodologías, teóricas y lenguajes estandarizados.

A continuación se presenta una tabla resumen, Tabla 126, en la que se exponen las principales conclusiones en relación a la utilización de los modelos conceptuales de enfermería, lenguaje estandarizado, PE y el grado de conocimiento de los profesionales encuestados.

Tabla 126. Utilización y Conocimientos. Resumen.

	Conclusiones	P
Utiliza modelos conceptuales	Los profesionales que emplean un modelo conceptual en su práctica diaria (en concreto el modelo conceptual de Virginia Henderson) tienen un mayor nivel de conocimientos de modelos conceptuales, lenguaje enfermero y proceso enfermero.	< .0001
Utiliza diagnósticos enfermeros	Entre los enfermeros que utilizan diagnósticos enfermeros existe un mayor nivel de conocimientos de las distintas herramientas conceptuales, metodológicas y lingüísticas de la ciencia enfermera.	< .0001
Registra cuidados de enfermería	Los profesionales que registran sus actuaciones codifican su nivel de conocimientos en modelos conceptuales, lenguajes estandarizados y proceso enfermero de manera más positiva que aquellos enfermeros que lo hacen en menor medida.	< .0001
Utiliza sistema de intervenciones enfermeras	Existe relación entre el empleo de un sistema de clasificación de intervenciones de enfermería y el nivel de conocimientos de los profesionales en modelos conceptuales, proceso enfermero y lenguajes estandarizados.	< .0001
Formula resultados enfermeros	Los enfermeros que formulan resultados de enfermería gozan de mayores nociones sobre proceso enfermero, lenguajes estandarizados y modelos conceptuales.	< .0001
Utiliza sistema de resultados enfermeros	Existe una relación estadísticamente significativa entre el empleo de un lenguaje estandarizado de resultados de enfermería y el grado de conocimientos que los profesionales en las distintas materias abordadas en esta investigación.	< .0001
Utiliza planes estandarizados de cuidados	Las nociones en materia de modelos conceptuales, lenguaje estandarizado y proceso enfermero de los profesionales de enfermería son mayores entre los que emplean planes estandarizados de cuidados.	< .0001



## 4.13 UTILIZACIÓN Y ANTIGÜEDAD LABORAL

En este apartado se muestra la relación entre la antigüedad laboral de los profesionales encuestados y el grado de utilización de los PEC y lenguaje estandarizado, ver Tabla 127 y Tabla 128.

Para poder trabajar con la variable antigüedad laboral, se ha calculado la media y mediana de años de ejercicio profesional de los profesionales encuestados que emplean cada una de las categorías encuestadas y posteriormente el p-valor de los contrastes de variables.

Tabla 127. Utilización (SÍ/NO) y Antigüedad laboral I

ANTIGÜEDAD LABORAL		N	MEDIA	DESV	MIN
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	SÍ	499	19.82	11.17	0.00
	NO	188	15.99	9.36	0.50
	TOTAL	687			
REGISTRO DE ACTUACIONES	SÍ	558	18.95	11.04	0.00
	NO	133	17.94	9.94	0.50
	TOTAL	691			
CLASIFICACIONES DE INTERVENCIONES ENFERMERAS	SÍ	469	19.66	11.18	0.00
	NO	210	16.56	9.73	0.50
	TOTAL	679			
FORMULACIÓN DE RESULTADOS ENFERMEROS	SÍ	517	19.44	10.99	0.00
	NO	170	16.49	10.05	0.50
	TOTAL	687			
CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ENFERMEROS	SÍ	434	19.86	11.16	0.00
	NO	242	16.52	9.77	0.50
	TOTAL	676			
PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS	SÍ	522	19.33	11.13	0.00
	NO	159	16.47	9.50	0.50
	TOTAL	681			

Tabla 128. Utilización (SÍ/NO) y Antigüedad laboral II (Continuación)

ANTIGÜEDAD LABORAL		MAX	Q1	MEDIANA	Q3	P-Valor
DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	SÍ	45.00	11.0	20.00	28.0	<.0001
	NO	37.00	8.0	15.00	23.0	
REGISTRO DE ACTUACIONES	SÍ	45.00	10.0	19.00	27.0	0.3341
	NO	38.00	10.0	17.00	25.0	
CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES ENFERMERAS	SÍ	45.00	10.0	20.00	28.0	0.0003
	NO	45.00	10.0	15.00	23.0	

ANTIGÜEDAD LABORAL		MAX	Q1	MEDIANA	Q3	P-Valor
FORMULACIÓN DE RESULTADOS ENFERMEROS	SÍ	45.00	10.0	20.00	28.0	0.0020
	NO	45.00	9.0	15.00	24.0	
CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS ENFERMEROS	SÍ	45.00	10.0	20.00	28.0	<.0001
	NO	45.00	9.0	15.00	24.0	
PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS	SÍ	45.00	10.0	20.00	28.0	0.0016
	NO	37.00	10.0	15.00	23.0	

Los enfermeros con una mayor utilización de los PEC y lenguajes enfermeros estandarizados tienen un perfil de mayor antigüedad laboral. Esta tendencia no se observa para el registro de actuaciones, aspecto que no se encuentra relacionado con la trayectoria profesional.

Hay una relación estadísticamente significativa entre la antigüedad laboral y el uso de un modelo conceptual de enfermería, cumpliéndose de nuevo que aquellos enfermeros con mayor antigüedad laboral emplean más los modelos conceptuales que los de menor trayectoria profesional, tal y como recogen la Tabla 129 y Tabla 130.

Tabla 129. Modelo actual utilizado y Antigüedad laboral I

ANTIGÜEDAD LABORAL		N	MEDIA	DESV	MIN
UTILIZA MODELO CONCEPTUAL	ALGUNO	425	19.59	11.02	0.00
	NINGUNO	276	17.64	10.52	0.00
	SIN RESPUESTA	14			
	TOTAL	715			

Tabla 130. Relación entre modelo actual utilizado y Antigüedad laboral II (Continuación)

ANTIGÜEDAD LABORAL		MAX	Q1	MEDIANA	Q3	P-Valor
	ALGUNO	45.00	10.0	20.00	28.0	0.0201
	NINGUNO	40.00	10.0	16.00	26.0	

Se muestra a continuación un cuadro resumen, Tabla 131, sobre la utilización de las distintas herramientas conceptuales, metodológicas y lingüísticas enfermeras, y la antigüedad laboral.

*Tabla 131. Utilización y Antigüedad laboral. Resumen.*

Los enfermeros con mayor antigüedad laboral emplean en mayor medida los modelos conceptuales, planes estandarizados de cuidados y lenguajes estandarizados que los de menor trayectoria profesional. Esta tendencia no se observa para el registro de cuidados de enfermería (P 0.3341)

## 4.14 UTILIZACIÓN Y UTILIDAD

Presentamos a continuación la existencia de una relación entre el uso y la percepción de utilidad de los diferentes lenguajes y recursos metodológicos de la ciencia enfermera.

### 4.14.1 MODELO CONCEPTUAL DE ENFERMERÍA ACTUAL Y GRADO DE UTILIDAD

De nuevo en este apartado se han agrupado los profesionales entre aquellos enfermeros que utilizan el modelo conceptual de Virginia Henderson y los que no emplean ninguno durante su ejercicio profesional.

En la Tabla 132 se muestra como los profesionales que siguen las directrices o postulados de Virginia Henderson confieren un mayor grado de utilidad a los modelos conceptuales de enfermería.

*Tabla 132. Modelo actual utilizado y Utilidad I*

UTILIDAD MODELOS CONCEPTUALES	MODELO CONCEPTUAL UTILIZADO				TOTAL	
	NINGUNO		VIRGINIA HENDERSON			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	69	26.95	13	5.04	82	15.95
POCO ÚTILES	44	17.19	28	10.85	72	14.01
INDIFERENTE	75	29.30	46	17.83	121	23.54
ÚTILES	51	19.92	129	50.00	180	35.02
MUY ÚTILES	17	6.64	42	16.28	59	11.48

UTILIDAD MODELOS CONCEPTUALES	MODELO CONCEPTUAL UTILIZADO				TOTAL	
	NINGUNO		VIRGINIA HENDERSON			
	N	%	N	%	N	%
TOTAL	256	100.0	258	100.0	514	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Este hallazgo se repite con el nivel de utilidad que los profesionales otorgan al PE, siendo mayor para los enfermeros que implementan a Virginia Henderson, ver Tabla 133.

Tabla 133. Modelo actual utilizado y Utilidad II

UTILIDAD PROCESO ENFERMERO	MODELO CONCEPTUAL UTILIZADO				TOTAL	
	NINGUNO		VIRGINIA HENDERSON			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	53	20.70	11	4.30	64	12.50
POCO ÚTILES	45	17.58	25	9.77	70	13.67
INDIFERENTE	53	20.70	30	11.72	83	16.21
ÚTILES	77	30.08	110	42.97	187	36.52
MUY ÚTILES	28	10.94	80	31.25	108	21.09
TOTAL	256	100.0	256	100.0	512	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

En cuanto al lenguaje enfermero, también es considerado más útil entre los profesionales que utilizan el modelo conceptual de las catorce necesidades básicas, tal y como se expone en la Tabla 134, Tabla 135 y Tabla 136.

Tabla 134. Modelo actual utilizado y Utilidad III

UTILIDAD DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	MODELO CONCEPTUAL UTILIZADO				TOTAL	
	NINGUNO		VIRGINIA HENDERSON			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	58	22.83	14	5.30	72	13.90
POCO ÚTILES	43	16.93	19	7.20	62	11.97
INDIFERENTE	51	20.08	28	10.61	79	15.25
ÚTILES	79	31.10	122	46.21	201	38.80
MUY ÚTILES	23	9.06	81	30.68	104	20.08
TOTAL	254	100.0	264	100.0	518	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 135. Modelo actual utilizado y Utilidad IV

UTILIDAD INTERVENCIONES ENFERMERAS	MODELO CONCEPTUAL UTILIZADO				TOTAL	
	NINGUNO		VIRGINIA HENDERSON			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	47	18.36	11	4.18	58	11.18
POCO ÚTILES	37	14.45	23	8.75	60	11.56
INDIFERENTE	46	17.97	14	5.32	60	11.56
ÚTILES	84	32.81	119	45.25	203	39.11
MUY ÚTILES	42	16.41	96	36.50	138	26.59
TOTAL	256	100.0	263	100.0	519	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 136. Modelo actual utilizado y Utilidad V

UTILIDAD RESULTADOS ENFERMEROS	MODELO CONCEPTUAL UTILIZADO				TOTAL	
	NINGUNO		VIRGINIA HENDERSON			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	54	21.09	11	4.20	65	12.55
POCO ÚTILES	34	13.28	25	9.54	59	11.39
INDIFERENTE	59	23.05	26	9.92	85	16.41

UTILIDAD RESULTADOS ENFERMEROS	MODELO CONCEPTUAL UTILIZADO				TOTAL	
	NINGUNO		VIRGINIA HENDERSON			
	N	%	N	%	N	%
ÚTILES	82	32.03	122	46.56	204	39.38
MUY ÚTILES	27	10.55	78	29.77	105	20.27
TOTAL	256	100.0	262	100.0	518	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

En definitiva, podemos afirmar que entre los enfermeros que utilizan el modelo conceptual de Virginia Henderson encontramos una mayor percepción de utilidad en materia de modelos conceptuales, lenguaje estandarizado y PE que aquellos que no usan ningún modelo teórico en su práctica diaria.

#### 4.14.2 UTILIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y UTILIDAD

En este apartado se expone la relación entre la utilización de diagnósticos enfermeros y el grado de utilidad conferido a los modelos conceptuales, PE, y lenguajes estandarizados.

En la Tabla 137 se expone como los enfermeros que utilizan diagnósticos de enfermería consideran más útiles los modelos conceptuales, que aquellos profesionales que no los emplean.

Tabla 137. Utilización y Utilidad: Diagnósticos I

UTILIDAD MODELO CONCEPTUAL	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	26	5.58	60	34.09	86	13.40
POCO ÚTILES	50	10.73	31	17.61	81	12.62
INDIFERENTE	98	21.03	43	24.43	141	21.96
ÚTILES	219	47.00	34	19.32	253	39.41

UTILIDAD MODELO CONCEPTUAL	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY ÚTILES	73	15.67	8	4.55	81	12.62
TOTAL	466	100.0	176	100.0	642	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Esta relación también se observa entre los profesionales que nombran los problemas enfermeros con diagnósticos y el grado de utilidad conferido al PE, ver Tabla 138.

Tabla 138. Utilización y Utilidad: Diagnósticos II

UTILIDAD PROCESO ENFERMERO	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	14	3.02	51	28.81	65	10.16
POCO ÚTILES	43	9.29	31	17.51	74	11.56
INDIFERENTE	59	12.74	33	18.64	92	14.38
ÚTILES	203	43.84	46	25.99	249	38.91
MUY ÚTILES	144	31.10	16	9.04	160	25.00
TOTAL	463	100.0	177	100.0	640	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

En el siguiente cuadro, Tabla 139, se presenta como los profesionales que utilizan diagnósticos enfermeros, consideran éstos más útiles para aquellos que no los emplean para nombrar los problemas que identifican.

Tabla 139. Utilización y Utilidad: Diagnósticos III

UTILIDAD DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	18	3.80	57	32.57	75	11.56
POCO ÚTILES	38	8.02	32	18.29	70	10.79

UTILIDAD DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
INDIFERENTE	55	11.60	34	19.43	89	13.71
ÚTILES	215	45.36	43	24.57	258	39.75
MUY ÚTILES	148	31.22	9	5.14	157	24.19
TOTAL	474	100.0	175	100.0	649	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Esta relación se materializa también para la valoración del grado de utilidad de las intervenciones y resultados de enfermería estandarizados, tal y como se presenta en la Tabla 140 y Tabla 141.

Tabla 140. Utilización y Utilidad: Diagnósticos IV

UTILIDAD INTERVENCIONES ENFERMERAS	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SI		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	14	2.96	47	27.01	61	9.43
POCO ÚTILES	37	7.82	31	17.82	68	10.51
INDIFERENTE	40	8.46	28	16.09	68	10.51
ÚTILES	198	41.86	53	30.46	251	38.79
MUY ÚTILES	184	38.90	15	8.62	199	30.76
TOTAL	473	100.0	174	100.0	647	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 141. Utilización y Utilidad: Diagnósticos V

UTILIDAD RESULTADOS ENFERMEROS	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	19	4.04	50	28.25	69	10.66
POCO ÚTILES	40	8.51	29	16.38	69	10.66
INDIFERENTE	64	13.62	36	20.34	100	15.46
ÚTILES	209	44.47	49	27.68	258	39.88



UTILIDAD RESULTADOS ENFERMEROS	UTILIZA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY ÚTILES	138	29.36	13	7.34	151	23.34
TOTAL	470	100.0	177	100.0	647	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Se observa que entre los profesionales que utilizan los diagnósticos enfermeros hay un mayor concepto de utilidad otorgado a los recursos teóricos de la ciencia enfermera.

#### 4.14.3 REGISTRO DE ACTUACIONES DE ENFERMERÍA Y UTILIDAD

Presentamos a continuación la relación entre el registro de cuidados de enfermería y el grado de utilidad de los modelos conceptuales, PE, y lenguajes enfermeros, conferidos por los profesionales encuestados.

La división de utilización para el caso de registrar actuaciones la haremos entre los enfermeros que Sí registran los cuidados que dispensan frecuentemente o siempre y los profesionales que No registran sus actuaciones, siendo estos últimos los que lo usan con menor frecuencia: ocasionalmente, normalmente o nunca.

Observamos como los modelos conceptuales son considerados más útiles entre los profesionales que anotan sus cuidados frecuentemente y siempre, ver Tabla 142.

Tabla 142. Utilización y Utilidad: Registra actuaciones I

UTILIDAD MODELOS CONCEPTUALES	REGISTRO DE ACTUACIONES ENFERMERAS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	65	12.38	23	19.01	88	13.62
POCO ÚTILES	57	10.86	26	21.49	83	12.85
INDIFERENTE	119	22.67	22	18.18	141	21.83
ÚTILES	211	40.19	42	34.71	253	39.16
MUY ÚTILES	73	13.90	8	6.61	81	12.54

UTILIDAD MODELOS CONCEPTUALES	REGISTRO DE ACTUACIONES ENFERMERAS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
TOTAL	525	100.0	121	100.0	646	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Así mismo, en la Tabla 143, se muestra el grado de utilidad con el que se valora al PE, siendo éste menor entre los profesionales que registran sus actuaciones en menor medida.

Tabla 143. Utilización y Utilidad: Registra actuaciones II

UTILIDAD PROCESO ENFERMERO	REGISTRO DE ACTUACIONES				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	47	8.97	19	15.83	66	10.25
POCO ÚTILES	48	9.16	28	23.33	76	11.80
INDIFERENTE	74	14.12	20	16.67	94	14.60
ÚTILES	210	40.08	40	33.33	250	38.82
MUY ÚTILES	145	27.67	13	10.83	158	24.53
TOTAL	524	100.0	120	100.0	644	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

La utilidad otorgada a los lenguajes estandarizados es mayor entre los profesionales que dejan reflejadas sus actuaciones, tal y como se presenta en la Tabla 144, Tabla 145 y Tabla 146.

Tabla 144. Utilización y Utilidad: Registra actuaciones III

UTILIDAD DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	REGISTRO DE ACTUACIONES				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	53	9.93	22	18.49	75	11.49
POCO ÚTILES	50	9.36	23	19.33	73	11.18
INDIFERENTE	73	13.67	16	13.45	89	13.63
ÚTILES	212	39.70	49	41.18	261	39.97
MUY ÚTILES	146	27.34	9	7.56	155	23.74

UTILIDAD DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	REGISTRO DE ACTUACIONES				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
TOTAL	534	100.0	119	100.0	653	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 145. Utilización y Utilidad: Registra actuaciones IV

UTILIDAD INTERVENCIONES ENFERMERAS	REGISTRO DE ACTUACIONES				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	41	7.72	20	16.67	61	9.37
POCO ÚTILES	50	9.42	19	15.83	69	10.60
INDIFERENTE	53	9.98	16	13.33	69	10.60
ÚTILES	198	37.29	55	45.83	253	38.86
MUY ÚTILES	189	35.59	10	8.33	199	30.57
TOTAL	531	100.0	120	100.0	651	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 146. Utilización y Utilidad: Registra actuaciones V

UTILIDAD RESULTADOS ENFERMEROS	REGISTRO DE ACTUACIONES				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	47	8.87	22	18.33	69	10.62
POCO ÚTILES	49	9.25	21	17.50	70	10.77
INDIFERENTE	82	15.47	19	15.83	101	15.54
ÚTILES	208	39.25	51	42.50	259	39.85
MUY ÚTILES	144	27.17	7	5.83	151	23.23
TOTAL	530	100.0	120	100.0	650	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Se observa que entre los profesionales que registran sus actuaciones frecuentemente o siempre hay un mayor concepto de utilidad conferido al PE y lenguaje estandarizado.

#### 4.14.4 UTILIZACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y UTILIDAD

En el siguiente bloque podemos observar las relaciones entre la utilización de sistemas de intervenciones enfermeras y la utilidad con la que los profesionales valoran los lenguajes enfermeros estandarizados, modelos conceptuales y PE.

El grado de utilidad conferida a los modelos conceptuales de enfermería es mayor entre los profesionales que emplean un sistema de clasificación de intervenciones enfermeras, como recoge la Tabla 147.

Tabla 147. Utilización y Utilidad: Clasificación de intervenciones I

UTILIDAD MODELO CONCEPTUAL	UTILIZA INTERVENCIONES ENFERMERAS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	25	5.68	61	30.81	86	13.48
POCO ÚTILES	42	9.55	37	18.69	79	12.38
INDIFERENTE	96	21.82	44	22.22	140	21.94
ÚTILES	209	47.50	44	22.22	253	39.66
MUY ÚTILES	68	15.45	12	6.06	80	12.54
TOTAL	440	100.0	198	100.0	638	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Esta tendencia también se muestra en la Tabla 148, relacionada con la utilidad otorgada al PE por los enfermeros, que utilizan un sistema de clasificación de intervenciones enfermeras.

Tabla 148. Utilización y Utilidad: Clasificación de intervenciones II

UTILIDAD PROCESO ENFERMERO	UTILIZA INTERVENCIONES ENFERMERAS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	10	2.27	56	28.57	66	10.38
POCO ÚTILES	38	8.64	34	17.35	72	11.32
INDIFERENTE	52	11.82	42	21.43	94	14.78
ÚTILES	201	45.68	46	23.47	247	38.84
MUY ÚTILES	139	31.59	18	9.18	157	24.69

UTILIDAD PROCESO ENFERMERO	UTILIZA INTERVENCIONES ENFERMERAS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
TOTAL	440	100.0	196	100.0	636	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Los diagnósticos enfermeros, sistemas de clasificación de resultados y de intervenciones de enfermería, son consideradas más útiles por los enfermeros que emplean un lenguaje estandarizado de intervenciones para nombrar los cuidados de enfermería que dispensan, ver Tabla 149, Tabla 150 y Tabla 151.

Tabla 149. Utilización y Utilidad: Clasificación de intervenciones III

UTILIDAD DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	UTILIZA INTERVENCIONES ENFERMERAS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	13	2.90	62	31.47	75	11.63
POCO ÚTILES	32	7.14	37	18.78	69	10.70
INDIFERENTE	54	12.05	35	17.77	89	13.80
ÚTILES	207	46.21	52	26.40	259	40.16
MUY ÚTILES	142	31.70	11	5.58	153	23.72
TOTAL	448	100.0	197	100.0	645	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 150. Utilización y Utilidad: Clasificación de intervenciones IV

UTILIDAD INTERVENCIONES ENFERMERAS	UTILIZA INTERVENCIONES ENFERMERAS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	8	1.79	53	26.90	61	9.49
POCO ÚTILES	31	6.95	35	17.77	66	10.26
INDIFERENTE	38	8.52	31	15.74	69	10.73
ÚTILES	190	42.60	61	30.96	251	39.04
MUY ÚTILES	179	40.13	17	8.63	196	30.48

UTILIDAD INTERVENCIONES ENFERMERAS	UTILIZA INTERVENCIONES ENFERMERAS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
TOTAL	446	100.0	197	100.0	643	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 151. Utilización y Utilidad: Clasificación de intervenciones V

UTILIDAD RESULTADOS ENFERMEROS	UTILIZA INTERVENCIONES ENFERMERAS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	13	2.93	55	27.64	68	10.58
POCO ÚTILES	33	7.43	35	17.59	68	10.58
INDIFERENTE	59	13.29	40	20.10	99	15.40
ÚTILES	201	45.27	57	28.64	258	40.12
MUY ÚTILES	138	31.08	12	6.03	150	23.33
TOTAL	444	100.0	199	100.0	643	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

De nuevo observamos que los profesionales que otorgan un mayor grado de utilidad a los marcos teóricos de la enfermería, el proceso enfermero y los lenguajes estandarizados, son los que utilizan los sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras.

#### 4.14.5 FORMULACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA Y UTILIDAD

En este apartado se presenta el grado de utilidad otorgado a los lenguajes estandarizados, modelos y PE por parte de los enfermeros que planifican objetivos de enfermería.

Los profesionales que formulan resultados de enfermería valoran de manera más positiva la utilidad de los modelos conceptuales, tal y como se recoge en la Tabla 152.

Tabla 152. Utilización y Utilidad: Formula resultados I

UTILIDAD MODELO CONCEPTUAL	FORMULA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	34	7.08	54	33.33	88	13.71
POCO ÚTILES	53	11.04	28	17.28	81	12.62
INDIFERENTE	109	22.71	31	19.14	140	21.81
ÚTILES	209	43.54	42	25.93	251	39.10
MUY ÚTILES	75	15.63	7	4.32	82	12.77
TOTAL	480	100.0	162	100.0	642	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Recordemos que la planificación de objetivos es una de las fases del PE. Por consiguiente, en la Tabla 153 se muestra la relación existente entre la formulación de resultados enfermeros y la utilidad conferida al PE.

Tabla 153. Utilización y Utilidad: Formula resultados II

UTILIDAD PROCESO ENFERMERO	FORMULA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	19	3.97	47	29.01	66	10.31
POCO ÚTILES	49	10.25	25	15.43	74	11.56
INDIFERENTE	60	12.55	34	20.99	94	14.69
ÚTILES	207	43.31	41	25.31	248	38.75
MUY ÚTILES	143	29.92	15	9.26	158	24.69
TOTAL	478	100.0	162	100.0	640	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Esta relación se mantiene constante entre la utilidad de los lenguajes estandarizados y la formulación de resultados. Los profesionales que planifican objetivos enfermeros consideran que los lenguajes estandarizados son más útiles que aquellos enfermeros que no los planifican, tal y como se presenta en la Tabla 154, Tabla 155 y Tabla 156.

Tabla 154. Utilización y Utilidad: Formula resultados III

UTILIDAD DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	FORMULA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	21	4.30	54	33.54	75	11.56
POCO ÚTILES	45	9.22	26	16.15	71	10.94
INDIFERENTE	57	11.68	31	19.25	88	13.56
ÚTILES	218	44.67	41	25.47	259	39.91
MUY ÚTILES	147	30.12	9	5.59	156	24.04
TOTAL	488	100.0	161	100.0	649	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 155. Utilización y Utilidad: Formula resultados IV

UTILIDAD INTERVENCIONES ENFERMERAS	FORMULA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	17	3.50	44	27.33	61	9.43
POCO ÚTILES	41	8.44	26	16.15	67	10.36
INDIFERENTE	42	8.64	27	16.77	69	10.66
ÚTILES	204	41.98	47	29.19	251	38.79
MUY ÚTILES	182	37.45	17	10.56	199	30.76
TOTAL	486	100.0	161	100.0	647	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 156. Utilización y Utilidad: Formula resultados V

UTILIDAD RESULTADOS ENFERMEROS	FORMULA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	20	4.12	49	30.06	69	10.65
POCO ÚTILES	45	9.28	24	14.72	69	10.65
INDIFERENTE	65	13.40	34	20.86	99	15.28
ÚTILES	212	43.71	47	28.83	259	39.97



UTILIDAD RESULTADOS ENFERMEROS	FORMULA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY ÚTILES	143	29.48	9	5.52	152	23.46
TOTAL	485	100.0	163	100.0	648	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Se observa que entre la población encuestada que formula resultados de enfermería hay un mayor concepto de utilidad otorgado a los recursos de la ciencia enfermera abordados en este proyecto.

#### 4.14.6 UTILIZACIÓN DE SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA Y UTILIDAD

En este apartado se expone la relación entre el empleo de un sistema de clasificación de resultados enfermeros y el grado de utilidad que tienen los modelos conceptuales, lenguajes estandarizados y PE en la práctica diaria.

Observamos que los profesionales que utilizan un sistema de resultados estandarizado consideran más útiles los modelos conceptuales y el PE que aquellos que no lo utilizan, ver Tabla 157 y Tabla 158.

Tabla 157. Utilización y Utilidad: Clasificación de resultados I

UTILIDAD MODELOS CONCEPTUALES	UTILIZA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	24	5.91	64	27.95	88	13.86
POCO ÚTILES	40	9.85	41	17.90	81	12.76
INDIFERENTE	88	21.67	49	21.40	137	21.57
ÚTILES	186	45.81	62	27.07	248	39.06
MUY ÚTILES	68	16.75	13	5.68	81	12.76
TOTAL	406	100.0	229	100.0	635	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 158. Utilización y Utilidad: Clasificación de resultados II

UTILIDAD PROCESO ENFERMEROS	UTILIZA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	10	2.47	55	24.02	65	10.25
POCO ÚTILES	34	8.40	41	17.90	75	11.83
INDIFERENTE	44	10.86	48	20.96	92	14.51
ÚTILES	181	44.69	63	27.51	244	38.49
MUY ÚTILES	136	33.58	22	9.61	158	24.92
TOTAL	405	100.0	229	100.0	634	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Esta situación también se observa al abordar la utilidad conferida al lenguaje estandarizado y la utilización de un sistema de objetivos enfermeros, puesto de manifiesto en la Tabla 159, Tabla 160 y Tabla 161.

Tabla 159. Utilización y Utilidad: Clasificación de resultados III

UTILIDAD DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	UTILIZA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	11	2.66	63	27.63	74	11.53
POCO ÚTILES	29	7.00	42	18.42	71	11.06
INDIFERENTE	48	11.59	41	17.98	89	13.86
ÚTILES	188	45.41	67	29.39	255	39.72
MUY ÚTILES	138	33.33	15	6.58	153	23.83
TOTAL	414	100.0	228	100.0	642	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 160. Utilización y Utilidad: Clasificación de resultados IV

UTILIDAD INTERVENCIONES ENFERMERAS	UTILIZA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	10	2.43	51	22.37	61	9.53
POCO ÚTILES	27	6.55	39	17.11	66	10.31
INDIFERENTE	31	7.52	38	16.67	69	10.78
ÚTILES	175	42.48	73	32.02	248	38.75
MUY ÚTILES	169	41.02	27	11.84	196	30.63
TOTAL	412	100.0	228	100.0	640	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Tabla 161. Utilización y Utilidad: Clasificación de resultados V

UTILIDAD RESULTADOS ENFERMEROS	UTILIZA RESULTADOS ENFERMEROS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	12	2.93	57	24.78	69	10.78
POCO ÚTILES	28	6.83	38	16.52	66	10.31
INDIFERENTE	53	12.93	48	20.87	101	15.78
ÚTILES	183	44.63	71	30.87	254	39.69
MUY ÚTILES	134	32.68	16	6.96	150	23.44
TOTAL	410	100.0	230	100.0	640	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

A tenor de los resultados mostrados, podemos afirmar que los enfermeros que utilizan sistemas de clasificación de resultados califican con un mayor grado de utilidad los aspectos teóricos y metodológicos de la ciencia enfermera.

#### 4.14.7 UTILIZACIÓN DE PEC Y UTILIDAD

Se presenta a continuación la relación entre la utilización de PEC y el grado de utilidad que los profesionales confieren a las diferentes herramientas de la práctica enfermera.

La Tabla 162 muestra que los enfermeros que emplean PEC en su actividad asistencial valoran con un grado de utilidad superior los modelos conceptuales de enfermería.

Tabla 162. Utilización y Utilidad: PEC I

UTILIDAD MODELOS CONCEPTUALES	UTILIZA PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	47	9.69	39	25.66	86	13.50
POCO ÚTILES	55	11.34	25	16.45	80	12.56
INDIFERENTE	104	21.44	36	23.68	140	21.98
ÚTILES	208	42.89	41	26.97	249	39.09
MUY ÚTILES	71	14.64	11	7.24	82	12.87
TOTAL	485	100.0	152	100.0	637	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Así mismo, el PE es calificado como útil y muy útil de manera frecuente por parte de los profesionales que emplean PEC, ver Tabla 163.

Tabla 163. Utilización y Utilidad: PEC II

UTILIDAD PROCESO ENFERMERO	UTILIZA PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	27	5.56	39	26.17	66	10.39
POCO ÚTILES	52	10.70	21	14.09	73	11.50
INDIFERENTE	64	13.17	29	19.46	93	14.65
ÚTILES	205	42.18	41	27.52	246	38.74
MUY ÚTILES	138	28.40	19	12.75	157	24.72
TOTAL	486	100.0	149	100.0	635	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

En el siguiente cuadro, Tabla 164, se presenta la relación entre la utilidad con la que los profesionales califican a los diagnósticos de enfermería y el empleo de PEC.

Tabla 164. Utilización y Utilidad: PEC III

UTILIDAD DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS	UTILIZA PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	34	6.91	40	26.32	74	11.49
POCO ÚTILES	50	10.16	21	13.82	71	11.02
INDIFERENTE	63	12.80	25	16.45	88	13.66
ÚTILES	207	42.07	50	32.89	257	39.91
MUY ÚTILES	138	28.05	16	10.53	154	23.91
TOTAL	492	100.0	152	100.0	644	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Así mismo, los sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras son calificados como útiles y muy útiles principalmente por los enfermeros que utilizan PEC, ver Tabla 165.

Tabla 165. Utilización y Utilidad: PEC IV

UTILIDAD INTERVENCIONES ENFERMERAS	UTILIZA PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	27	5.49	33	21.85	60	9.33
POCO ÚTILES	48	9.76	19	12.58	67	10.42
INDIFERENTE	44	8.94	24	15.89	68	10.58
ÚTILES	200	40.65	51	33.77	251	39.04
MUY ÚTILES	173	35.16	24	15.89	197	30.64
TOTAL	492	100.0	151	100.0	643	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Por último, la Tabla 166 expone la utilidad conferida a los sistemas de clasificación de resultados enfermeros por parte de los profesionales encuestados, que se encuentra relacionada con el empleo de PEC por parte de los mismos.

Tabla 166. Utilización y Utilidad: PEC V

UTILIDAD RESULTADOS ENFERMEROS	UTILIZA PLANES ESTANDARIZADOS DE CUIDADOS				TOTAL	
	SÍ		NO			
	N	%	N	%	N	%
MUY POCO ÚTILES	33	6.76	35	22.88	68	10.61
POCO ÚTILES	46	9.43	21	13.73	67	10.45
INDIFERENTE	70	14.34	30	19.61	100	15.60
ÚTILES	206	42.21	50	32.68	256	39.94
MUY ÚTILES	133	27.25	17	11.11	150	23.40
TOTAL	488	100.0	153	100.0	641	100.0

P (Cochran-Armitage) <.0001

Se observa que entre la población encuestada que utiliza PEC hay un mayor concepto de utilidad de los lenguajes estandarizados, marcos conceptuales y proceso enfermero.

Se recoge a continuación un cuadro resumen, Tabla 167, de la relación existente entre las variables Utilización y Utilidad conferida por los profesionales a las distintas herramientas de la ciencia enfermera abordadas en la presente Tesis Doctoral.

Tabla 167. Utilización y Utilidad. Resumen.

	Conclusiones
Utiliza modelos conceptuales	Los profesionales que emplean un modelo conceptual en su práctica diaria (Virginia Henderson) otorgan un mayor nivel de utilidad a los modelos conceptuales, lenguaje estandarizado y proceso enfermero.
Utiliza diagnósticos enfermeros	Los profesionales que usan los diagnósticos enfermeros otorgan un mayor nivel de utilidad a los modelos conceptuales, proceso enfermero y lenguajes estandarizados de enfermería.
Registra cuidados	El grado de utilidad conferido a los distintos aspectos abordados en esta Tesis Doctoral y relacionada con la ciencia enfermera es mayor entre los enfermeros que registran los cuidados de enfermería que dispensan que entre los profesionales que no lo hacen.
Utiliza sistema de intervenciones enfermeras	Los enfermeros que emplean un sistema estandarizado de intervenciones de enfermería confieren mayor nivel de utilidad a los modelos conceptuales, proceso enfermero y lenguajes estandarizados.

	<b>Conclusiones</b>
Formula resultados enfermeros	Entre la población encuestada que formula resultados de enfermería hay un mayor concepto de utilidad de los recursos metodológicos de la práctica enfermera.
Utiliza sistema de resultados enfermeros	De nuevo observamos la existencia de una relación estadísticamente positiva entre la formulación de resultados y el grado de utilidad otorgado a las distintas herramientas enfermeras.
Utiliza planes estandarizados de cuidados	Los profesionales que utilizan planes estandarizados de cuidados consideran más útiles los modelos conceptuales, proceso enfermero y lenguajes estandarizados que aquellos que no los emplean.

5

## DISCUSIÓN





## 5.1 DISCUSIÓN DE LA METODOLOGÍA

En primer lugar es necesario analizar algunos aspectos relacionados con la elaboración y validación del cuestionario empleado como instrumento de medida de este proyecto.

Tras una intensa búsqueda bibliográfica, no se halló ninguna encuesta que respondiera a los objetivos planteados en esta investigación. Por ello, se procedió a elaborar un instrumento de medida acorde a este trabajo y validarlo para poder ponerlo en marcha.

Existen varios pasos que se pueden seguir en el proceso de validación de escalas o cuestionarios:

- **Validez de apariencia:** La escala parece medir lo que debe medir.
- **Validez de constructo:** La escala no deja factores sin medir ni mide dominios que no proceden.
- **Validez de criterio:** La escala funciona de forma parecida a otros instrumentos.
- **Confiabilidad test-retest o interevaluador:** La escala funciona bien bajo diferentes condiciones.
- **Sensibilidad al cambio:** La escala detecta modificaciones de la realidad que mide.
- **Utilidad:** Es una escala fácil de aplicar y procesar.

En este proyecto se ha comprobado la validez de apariencia de la encuesta diseñada, en ambas fases de la investigación, empleando una técnica Delphi entre expertos y comentada en el apartado 3.3.2 de este documento.

Así mismo, se ha estudiado la validez de constructo por medio de un análisis factorial, constatando que todas las correlaciones entre las distintas variables son significativas.

Sin embargo, no se ha podido examinar la validez de criterio del instrumento de medida, ya que no existe a día de hoy una encuesta similar a la elaborada para este proyecto, lo que la sitúa en la primera en nuestro ámbito.

Lo mismo ocurre con la fiabilidad test-retest, ya que en el diseño de la investigación no se incluyó valorar a los participantes en diferentes momentos temporales. Este aspecto también afecta a la sensibilidad al cambio y ocasiona que no hayamos podido valorar si las respuestas obtenidas hubieran podido verse afectadas tras haber introducido intervenciones sobre la población objeto de estudio.

Al ser un instrumento sencillo de aplicar se ha obtenido una importante tasa de respuesta en este proyecto y el resultado obtenido refleja muy bien la realidad (tal y como se ha evaluado en la validez de constructo) por lo que se puede concluir que la encuesta es útil para responder a los objetivos planteados.

Respecto a las categorías incluidas en la encuesta y relacionadas con los diagnósticos enfermeros, es conveniente aclarar que en la misma se encuentran presentes los diagnósticos enfermeros de salud y los de promoción de la salud. La encuesta se diseñó cuando estos dos diagnósticos de enfermería estaban recogidos por NANDA-I en sus publicaciones en castellano. Sin embargo, es conveniente matizar que en la reunión mantenida por NANDA-I en el año 2009, se determinó que los diagnósticos de salud fueran eliminados como tipo de diagnóstico ya que a partir de ese momento se encuentran englobados en los diagnósticos de promoción de la salud.

Otro aspecto a tener en cuenta es el tipo de población con el que hemos trabajado: voluntarios no incentivados. Algunos trabajos consideran que los dos aspectos principales para aumentar la tasa de respuesta son la captación activa y la incentivación de la participación.

A este aspecto hay que sumar que al trabajar con voluntarios no se garantiza la representatividad de la población, lo que puede generar un sesgo de selección.

Diversos estudios abordan la problemática de las investigaciones con voluntarios ya que éstos son susceptibles de presentar características diferentes respecto a la población general, debido a que pueden encontrarse más motivados con el objeto de estudio y por ello tienden a responder de manera diferente a la población general.

A esto hay que añadir la existencia de datos en blanco o no respuesta en algunos de los ítems, algo frecuente en encuestas transversales. Por todo ello, la muestra presenta un efecto de autoselección y este aspecto puede restar validez externa a la investigación.

Es frecuente también que los sujetos participantes tiendan a responder lo socialmente aceptado en vez de sus convicciones personales. Este aspecto conlleva que la presión del grupo pueda restar también validez a los resultados.

Otro elemento a tener en cuenta es la posibilidad de existencia de encuestas duplicadas en este tipo de trabajos. Al finalizar el periodo de recogida de datos se obtuvo un total de 726 encuestas en nuestro proyecto. Para evitar el tratamiento de datos duplicados, se realizaron diferentes cruces de información de cada encuesta, incluyendo la comparativa de fecha de nacimiento, sexo y campo de actuación. Este proceso puesto en marcha para garantizar la calidad de los datos explotados, permitió identificar un total de 11 encuestas susceptibles de haber sido duplicadas, por lo que consecuentemente se procedió a desecharlas del análisis y explotación de los datos.

La confidencialidad se ha observado en todas las fases de la investigación. En la fase de diseño del cuestionario se incluyó un consentimiento informado de participación en la investigación que los enfermeros debían aceptar o renunciar si deseaban cumplimentar la encuesta. Así mismo, desde el equipo investigador no se ha tenido acceso a ningún dato de carácter personal ya que las respuestas de los enfermeros encuestados se volcaban de forma directa en la base de datos del estudio y en ninguno de los apartados de la encuesta se solicitaba información de carácter personal que pudiera ayudar a identificar a los voluntarios.

Respecto al cronograma de la investigación, es necesario abordar dos aspectos, tanto relativos a la realización de este proyecto en dos etapas como al periodo de recogida de datos.

La investigación se realizó en dos momentos temporales diferentes debido a la consideración de la primera parte de la misma como Trabajo Fin de Máster de Investigación en Cuidados en Salud, de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid y cursado entre los años 2011 y 2012. El proyecto obtuvo muy buena acogida por parte de los enfermeros del trabajo que participaron en esa primera fase y además fue premiado con el prestigioso galardón internacional NANDA-I FOUNDATION RESEARCH GRANT AWARD 2012.

Por estos motivos se consideró oportuno continuar esta misma línea de investigación para una investigación a mayor escala, de carácter nacional y futura Tesis doctoral.

A ello hay que añadir que una de las dudas principales que abordó el equipo investigador durante el análisis y discusión de los resultados obtenidos en esa primera fase de la investigación fue la posibilidad de que los enfermeros miembros de la sociedad científica participante (AET) pudieran encontrarse más interesados en la materia de estudio que otros profesionales que no fueran socios de ninguna colectividad científica. Por ello, desde el equipo investigador se decidió ampliar el proyecto, a profesionales miembros y no miembros de sociedades científicas de distintos contextos de la práctica enfermera.

Finalmente y por todo lo expuesto, la primera fase de la investigación puede considerarse como una prueba piloto desde un punto de vista logístico, metodológico y de aceptación por parte de la población de estudio, ya que en cierto modo ha permitido anticipar si cabía, la acogida de este proyecto en otros colectivos de la enfermería, detectando posibles fallos e implementando soluciones. Una de estas mejoras puestas en marcha gracias a esta estructura bifásica de este proyecto fue el procedimiento de validación de la encuesta para ser empleada en los demás colectivos de enfermería, ya que en esta segunda parte del proyecto se realizó un análisis factorial más pormenorizado.

El intervalo de recogida de los datos es también una cuestión a analizar en este apartado. Desde el equipo investigador somos conscientes de la relación existente entre el tiempo y el volumen de participación. Gracias a la difusión con la que ha contado este proyecto, podríamos haber aumentado nuestra población de voluntarios. Sin embargo, al inicio del proyecto se había estimado cerrar el plazo de recogida de datos a fecha de 31 de diciembre de 2013 y desde el equipo investigador se decidió mantener el cronograma planificado.

En cuanto al proceso de recogida de la información, en un primer momento se procedió a la recogida vía online, ya que las técnicas de internet permiten la cumplimentación de los cuestionarios en un mínimo tiempo frente a otras metodologías. Los encuestados pueden decidir el momento para contestar la encuesta y hacerlo desde cualquier dispositivo que se conecte a internet. El coste es reducido y la transferencia de los datos se realiza de manera automática, lo que supone eliminar los errores generados por la introducción manual de respuestas y el sesgo del entrevistador.

A tenor del proceso de recogida de datos empleados, es necesario reseñar que existe un número de encuestas recibidas en formato papel. Esto se debe a la solicitud de una de las entidades colaboradoras, el Colegio Oficial de Diplomados Universitarios en Enfermería de Madrid (CODEM). Desde este organismo no se consideró oportuno distribuir la encuesta vía correo electrónico y se propuso al investigador principal entregarla en formato papel a todos aquellos enfermeros asistentes a cursos de formación continuada en la Sede Colegial. Desde el CODEM se recibieron 96 encuestas explotables en formato papel, que el equipo investigador introdujo manualmente en la base datos, lo que supone la posibilidad de error conocido como “data entry”.

En relación a las sociedades científicas participantes es necesario matizar que, si bien en un primer momento de puesta en marcha de la investigación se obtuvo conformidad escrita de participación de 16 sociedades, finalmente la cifra se redujo a 15. Esto se debe a que desde la Asociación española de perfusionistas (AEP) se confirmó su participación en el estudio pero, tras varios intentos por parte del equipo investigador de comunicación con la sociedad a lo

largo de las distintas fases de esta investigación, no se obtuvo respuesta a ninguno de los correos electrónicos enviados.

Debemos indicar que esta sociedad científica aparece en la encuesta utilizada durante esta investigación y recogida en el Anexo A de este documento, pero tan solo uno de sus miembros cumplimentó la misma y desde el equipo investigador no se tiene constancia de la distribución o difusión de esta investigación por parte de AEP entre sus asociados ni en su página web oficial.

Por todo ello, no se indica en las posteriores tablas y relaciones de sociedades científicas participantes incluidas en el presente documento.

También es conveniente reseñar que, si bien desde algunas sociedades científicas españolas no se obtuvo respuesta o conformidad ante nuestra propuesta de participación en este estudio, sí han respondido nuestra encuesta algunos de sus miembros de forma individual, al haber recibido la encuesta a través de Redes Sociales y por los Organismos de Enfermería colaboradores, CODEM y Consejo Oficial de Colegios Oficiales de Enfermería de España.

Por último, es conveniente matizar un aspecto relacionado con el tratamiento de los datos obtenidos en relación a las variables “campo de actuación” y “sociedad científica”.

En el primer caso se obtuvo información de contextos de ejercicio profesionales muy diversos, algunos de los cuales no permitían la obtención de conclusiones robustas debido al escaso número de profesionales de esos entornos que participaron en la investigación. Por ello, desde el equipo investigador se decidió crear una categoría denominada “otros”, que pudiera agrupar a los profesionales de campos de actuación menos frecuentes.

Esta sistemática se aplicó también para las sociedades científicas de los enfermeros encuestados, puesto que en algunos casos las sociedades científicas eran muy poco seleccionadas por los profesionales y este aspecto nuevamente no permitía el tratamiento estadístico de los datos.

## 5.2 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En este proyecto se ha obtenido una muestra amplia, formada por un total de 715 enfermeros encuestados. Consideramos que esta cifra permite la consecución de hallazgos robustos. Teniendo en cuenta que como mínimo, esta encuesta ha sido recibida por 2377 profesionales, nos encontramos con una tasa de respuesta como máximo de 30,07%. Esta tasa de respuesta es elevada y se encuentra en la línea de otros estudios realizados entre el personal de enfermería empleando encuestas como instrumentos de medida.<sup>128</sup>

La edad media de los encuestados es de 43 años (SD = 10.76) y mayoritariamente de sexo femenino (78%) Este dato es concordante con el perfil de género de la profesión enfermera, compuesta mayoritariamente por mujeres. La antigüedad laboral se sitúa entre 0 y 45 años de experiencia, con un valor medio de 19 años (SD = 10.86).

Como cabía esperar, existe una alta correlación entre la edad y los años de experiencia laboral (Correlación de Spearman = 0.93967), teniendo una mayor antigüedad profesional aquellos profesionales con mayor edad.

Respecto al grado de pertenencia, observamos cómo el número de enfermeros miembros de una sociedad científica prácticamente duplica el de profesionales no asociados. Esta distribución de la muestra es concordante con el momento actual que vive la profesión enfermera en cuanto al asociacionismo. Si bien para Siles, la enfermería presenta una falta de unidad como profesión, en los últimos años el colectivo enfermero ha ido incrementando su participación y agrupación en sociedades científicas, lo que conlleva que cada vez sea mayor el número de profesionales que son miembros y participan de estas colectividades.<sup>53</sup>

En relación a la participación en función del campo de actuación de los profesionales, los enfermeros del contexto médico-quirúrgico y familiar son los que más han participado en este proyecto.



El 74,41% de los enfermeros han estudiado bajo los postulados de un modelo conceptual de enfermería durante su formación universitaria. De ellos, el 64,48% lo ha hecho bajo las directrices del modelo de 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

Este hallazgo se debe a que durante los años 1980 y 1990 el modelo conceptual de Virginia Henderson forjó de forma predominante la formación de Diplomado Universitario en Enfermería, siendo utilizado por un elevado número de Escuelas de Enfermería para formar a los futuros profesionales y es identificado como el modelo a seguir en numerosas escuelas de enfermería a nivel mundial.<sup>129</sup> Teniendo en cuenta que la antigüedad profesional de los enfermeros encuestados en este trabajo es de 19 años, consideramos que la mayor parte de ellos cursaron sus estudios de enfermería en el intervalo de años.<sup>124</sup>

El modelo conceptual de las 14 necesidades básicas es también el más usado en la actualidad por la enfermería española (39,72%) y también sería el más seleccionado entre aquellos profesionales que a día de hoy no emplean ningún marco teórico en su actividad diaria, cifra que asciende al 40% de los encuestados. Estos datos son concordantes con los hallazgos de la investigación realizada en 2010<sup>124</sup> a enfermeros generalistas y en 2012 en un estudio realizado en instituciones públicas y privadas de un área sanitaria de nuestro país<sup>130</sup>, ya que en ambos trabajos el modelo conceptual de Virginia Henderson es identificado como el más extendido en la práctica clínica de la enfermería española.

Es importante destacar que, entre los profesionales que no usan ningún modelo conceptual en su práctica habitual, el 44,21% no se posicionaría bajo las directrices de ninguna teórica. Esta tendencia se repite al recabar información sobre el modelo conceptual empleado actualmente, ya que el 40% de los profesionales en activo no emplea ningún esquema teórico y conceptual en su práctica diaria, si bien el modelo conceptual de las 14 necesidades básicas es sugerido en algunos trabajos como un modelo probado en la práctica clínica, orientado al rol asistencial de la enfermera y especialmente asociado al PE.<sup>123</sup>

Consideramos que estos resultados ponen de manifiesto que la enfermería española no es ajena al debate que afecta a la profesión en materia de modelos conceptuales y que destacan

distintas publicaciones internacionales; para algunos autores los modelos teóricos que existen en la actualidad están llamados a la extinción ya que son poco específicos e incapaces de cubrir las demandas y competencias de la enfermería actual<sup>131</sup> por ello la evidencia científica sobre su implementación y repercusión en la profesión es escasa.<sup>132</sup> Cada vez son más los trabajos que insisten en la necesidad de investigar para producir sistemas de prácticas de cuidados guiados por las teorías de enfermería<sup>133</sup> con un enfoque moderno y actual.<sup>132</sup>

A este respecto hay que añadir que la implementación de los modelos conceptuales en la práctica clínica no es sencilla, ya que requiere de la elaboración por parte del profesional de un esquema mental sustitutivo que permita hacer más operativos estos postulados teóricos<sup>14</sup>. Esto implica que el modelo teórico en estado puro no es empleado por los profesionales, lo que conlleva que es difícil evaluar su grado de implementación entre los enfermeros, ya que éstos siempre se estarían refiriendo al modelo sustitutivo creado por el clínico en su práctica diaria.

Es importante reseñar que un 98,5% de los enfermeros registran sus actuaciones. Sin embargo, no todos los profesionales emplean lenguajes enfermeros estandarizados para ello. Podemos afirmar que el uso de los diagnósticos enfermeros (ocasionalmente, normalmente, frecuentemente y siempre) entre los profesionales de enfermería encuestados se sitúa en el 72,78%, siendo tan solo el 27,22% de los encuestados quienes no utilizan nunca esta herramienta enfermera. En concreto, los diagnósticos de enfermería son usados siempre por el 14,33% de los encuestados. Los datos son similares para los sistemas de clasificación de resultados (15,90%) y de intervenciones de enfermería (16,81%).

Respecto al grado de utilización de PEC, nuestro estudio recoge que son empleados por el 77% de los encuestados. Es importante recordar que para poder elaborar un PEC es vital partir de un problema enfermero. Si tenemos en cuenta que el 73% de los profesionales encuestados usan diagnósticos enfermeros podemos considerar que ambos resultados son concordantes. No se han localizado otros estudios de investigación que aporten información sobre el grado de utilización de PEC por parte de los profesionales de la enfermería, ya que el estudio realizado en Guipúzcoa en 2012 cifra el empleo institucional del PE en el 98% de los centros públicos y

privados de un área de salud del País Vasco y no aporta resultados sobre el uso individual de los mismos.<sup>20</sup>

En la actualidad existe variabilidad en cuanto a la prevalencia de uso de los diagnósticos enfermeros por parte de los profesionales de enfermería. Algunos estudios lo sitúan en torno al 40%<sup>37</sup>, el 51%<sup>132</sup> o incluso el 61% para su empleo institucional.<sup>20</sup>

Consideramos importante reseñar a tenor de estos datos y nuestros resultados, que el Real Decreto 1093/2010 de 3 septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (SNS), contempla que los registros de enfermería incluyan los diagnósticos enfermeros resueltos, actuales y de riesgo de los pacientes que atendemos, empleando la taxonomía de NANDA-I.<sup>134</sup>

Este Real Decreto especifica los documentos clínicos para los que se establecen el conjunto mínimo de datos en su artículo 3:

- a) Informe clínico de alta.
- b) Informe clínico de consulta externa.
- c) Informe clínico de urgencias.
- d) Informe clínico de atención primaria.
- e) Informe de resultados de pruebas de laboratorio.
- f) Informe de resultados de pruebas de imagen.
- g) Informe de cuidados de enfermería.
- h) Historia clínica resumida.

Además, el uso de las herramientas informáticas y la historia clínica informatizada facilita el empleo de los lenguajes estandarizados.<sup>131</sup>

Por todo ello pensamos que estos aspectos han podido motivar que en nuestro trabajo obtengamos cifras superiores en cuanto al grado de utilización que en proyectos realizados con anterioridad.

Otro aspecto a destacar es la marcada relación estadísticamente positiva presente en nuestro trabajo entre la antigüedad profesional y el uso de los modelos conceptuales (p. 0.0201) Esta tendencia se mantiene para la utilización de diagnósticos enfermeros (p. <.0001), la formulación de resultados (p. 0.0020), el uso de sistemas de clasificación de resultados enfermeros (p. <.0001), de intervenciones de enfermería (p. 0.0003) y los PEC (p. 0.0016). Es decir, aquellas personas con mayor antigüedad laboral han afirmado utilizar más estas herramientas enfermeras que los enfermeros con menor trayectoria temporal en el sector laboral. El único aspecto en el que no se ha podido establecer esa marcada relación es en el registro de actuaciones, ya que nuestro trabajo pone de manifiesto unas cifras muy elevadas por parte de los profesionales encuestados.

Sin duda alguna este hallazgo puede resultar sorprendente ya que algunas de estas herramientas son muy jóvenes en la trayectoria de la enfermería y podemos pensar que los profesionales más noveles pueden tender a emplearlos más cuando los resultados de nuestro trabajo ponen de manifiesto la situación inversa.

Es necesario matizar que la mediana de antigüedad profesional de los enfermeros encuestados es de 19 años, lo que en una vida laboral se considera relativamente joven. Por ello, el mayor grado de utilización de las distintas herramientas enfermeras por parte de los enfermeros con mayor antigüedad profesional puede argumentarse por dicha mediana, relativamente joven de los participantes en este proyecto.

A ello hay que añadir que para algunos autores la madurez profesional y científica está directamente relacionada con los lenguajes enfermeros estandarizados.<sup>27</sup> Por ello consideramos que sería conveniente seguir esta línea de investigación para conocer exactamente cómo afecta la antigüedad profesional en el grado de utilización de estas herramientas enfermeras y si podríamos relacionar esta madurez profesional con la

construcción de modelos conceptuales y lenguajes enfermeros sustitutivos o subrogados por parte de los profesionales, siguiendo la línea de trabajo de Wimpenny y reafirmada posteriormente por Várez y su equipo para la enfermería en nuestro país.

La interrelación de taxonomías NANDA-NOC-NIC es la más utilizada en nuestro país, por el 59% de los enfermeros. En concreto, el 61% de los profesionales encuestados lo utilizan para formular los diagnósticos de enfermería.

Es prácticamente nulo el número de profesionales que han seleccionado otros lenguajes enfermeros estandarizados. Si bien existe bibliografía sobre la implementación,<sup>135</sup> y ayuda a los profesionales para el empleo de lenguajes enfermeros como ICNP,<sup>136</sup> OMAHA o CCC en la práctica enfermera, la mayor parte de estos estudios son producidos fuera de nuestras fronteras. Los trabajos realizados en España que hemos consultado durante la búsqueda bibliográfica versan sobre la taxonomía NANDA-NOC-NIC<sup>137 138</sup>, por lo que parece lógico pensar que este lenguaje enfermero estandarizado se encuentra más difundido en nuestro país que las demás taxonomías enfermeras.

El tipo de diagnóstico enfermero de la taxonomía NANDA-II más utilizado por la enfermería española encuestada es el diagnóstico real (36,30%), seguido del diagnóstico de riesgo (20,30%) Estos dos tipos de diagnósticos enfermeros se encuentran dentro de los más numerosos en la taxonomía NANDA-II, por lo que este hallazgo es consecuente con la composición y organización de la propia taxonomía. El 30% de la muestra afirma que utiliza cualquiera de los diagnósticos enfermeros existentes en la actual taxonomía.

También la interrelación NANDA-NOC-NIC es el lenguaje enfermero con el que registrarían sus actuaciones (77,16%, 76,89% y 76,72%, respectivamente) aquellos enfermeros que no emplean ningún lenguaje estandarizado en la actualidad.

Este resultado se encuentra en la línea de la producción científica de nuestro país en materia de lenguaje enfermero estandarizado ya que, tal y como hemos comentado anteriormente, ésta versa principalmente sobre la interrelación NANDA-NOC-NIC. Por ello se

trata del lenguaje enfermero más difundido en España, ya que los diagnósticos enfermeros comenzaron a ser utilizados en nuestro país en el año 1996 para algunos contextos y en 2004 su uso se hizo extensivo a los sistemas de clasificación NOC y NIC, tal y como se expone en trabajos publicados en 2012.<sup>20</sup>

Es llamativo que entre estos mismos profesionales que no usan en la actualidad ningún lenguaje enfermero estandarizado durante su actividad profesional, el 18,10% de la muestra no escogería trabajar con ninguno de los lenguajes disponibles en la actualidad para nombrar los problemas enfermeros y el 36% de los encuestados no usa ningún lenguaje enfermero estandarizado para nombrar los problemas enfermeros que atienden. La cifra asciende al 38% y al 41% para las intervenciones y resultados de enfermería.

En los últimos años comienzan a aparecer trabajos en España que ponen en duda los lenguajes enfermeros estandarizados reconocidos en la actualidad, afirmando que son necesarias terminologías puente que ayuden a los profesionales a implementarlas en su día a día, dado el carácter farragoso de los términos estandarizados de enfermería.<sup>28</sup> Otros trabajos que analizan en concreto la taxonomía NANDA, consideran que el lenguaje de la misma no está formado por términos vivos, sino más bien por un lenguaje académico, alejado de la práctica clínica.<sup>31</sup>

Esta variedad de perspectivas y trabajos hacen necesario profundizar en el estudio y abordaje de los lenguajes enfermeros estandarizados.

Respecto a los motivos que aducen los profesionales encuestados que no emplean estas herramientas enfermeras, la falta de práctica se sitúa como primera razón para no implementar el PE, PEC y el lenguaje estandarizado. En concreto, para los diagnósticos enfermeros la falta de práctica ha sido señalada por el 27,09 % de los encuestados. Este dato se encuentra en la línea de algunos motivos de no-utilización identificados en el trabajo de Quiñones y colaboradores en 2009, tales como “poca agilidad” o “esfuerzo para asimilar la nueva práctica”.<sup>37</sup>

Nuestros resultados son similares para los sistemas de clasificación de resultados de enfermería y de intervenciones, para los que el 26,04% y el 26,59% de los encuestados sitúan también en primer lugar la falta práctica al implementarlos.

La falta de tiempo por parte de los profesionales encuestados se encuentra como segunda categoría más seleccionada por los profesionales que no emplean lenguajes estandarizados en su día a día. En 2005 algunos trabajos reflexionaban sobre el excesivo consumo de tiempo que requería el empleo de lenguajes estandarizados.<sup>139</sup> Así mismo, nuestro hallazgo es concordante con el estudio llevado a cabo en el año 2011 en el contexto de atención primaria y que identifica el menor volumen de cupo y un menor porcentaje de consultas de otras zonas de salud con un mayor porcentaje de historias de salud con lenguajes estandarizados de cuidados. Así mismo, existen estudios que establecen que la carga de trabajo, el número de pacientes por enfermera y las tareas administrativas son los principales factores presentes en la falta de implementación del lenguaje enfermero.<sup>140</sup>

Por último, los profesionales señalan la falta de especificidad, conocimientos y de aplicabilidad de los sistemas de lenguaje estandarizado enfermero disponibles como tercera, cuarta y quinta razón para no emplear las taxonomías. La falta de especificidad que aluden algunos profesionales podría enmarcarse en la línea del análisis realizado de la taxonomía NANDA-I en Cataluña durante el año 2013, que considera que tan solo el 23% de los diagnósticos de enfermería de la taxonomía 2009-2011 tienen alguna relación con la disciplina enfermera e insisten en la necesidad de enfocarlos menos hacia el modelo biomédico y más hacia los modelos enfermeros.<sup>31</sup>

Respecto a los modelos conceptuales de enfermería, también la falta de práctica es seleccionada por la mayoría de los encuestados (26,48%). El segundo motivo más frecuente para no implementar un esquema conceptual en la actividad diaria de los participantes es la ausencia de especificidad de los esquemas teóricos existentes en la actualidad para ser utilizados en su campo de actuación (23,66%). Como tercera categoría más seleccionada se encuentra la falta de tiempo (20,00%), seguido de la falta de conocimientos (16,90%) y la falta de aplicabilidad en el quehacer diario (12,96%). Es necesario recordar que el 56% de los

encuestados evalúa su nivel de conocimientos en materia de modelos teóricos como muy malo, malo y regular, si bien la falta de conocimientos es el motivo señalado tan solo por el 16,90% de los profesionales que no siguen ningún marco conceptual enfermero.

En cuanto al PE, el 27,56% de los profesionales encuestados aduce la falta de práctica para no emplearlo, seguido de un 26,42% que señala la falta de tiempo. Por último, los enfermeros encuestados se posicionan sobre la ausencia de especificidad (21,02%), aplicabilidad (13,07%) y de conocimientos (11,93%) para explicar los motivos de no implementación del PE al dispensar el cuidado enfermero.

La falta de tiempo se sitúa como la primera categoría más seleccionada por los profesionales para no utilizar los PEC (24,57%), seguido de la falta de práctica (24,29%), escasa especificidad (24%), aplicabilidad (14%) y conocimientos deficientes de los encuestados (13,14%)

Es decir, los enfermeros que ejercen en España consideran que la falta de práctica, tiempo y especificidad de las herramientas disponibles en la actualidad, son los principales motivos para no implementar el lenguaje estandarizado, la metodología y los modelos conceptuales, al dispensar el cuidado enfermero.

Desgraciadamente estos resultados no pueden ser comparados con la tendencia encontrada en otros estudios debido a la escasez de evidencia científica en la materia y a la condición que ostenta este trabajo como pionero en introducir algunas categorías como la falta de especificidad o aplicabilidad como motivos de no utilización de estas herramientas en enfermería.

Respecto al nivel de conocimientos, la mayoría de los encuestados califican como “regular” o “bueno” sus conocimientos en materia de modelos conceptuales de enfermería, PE y lenguaje enfermero estandarizado. Si bien el 4,62% de los profesionales han afirmado emplear el modelo conceptual de Margory Gordon, cuando éste en realidad es una guía de valoración enfermera y no un modelo conceptual de enfermería. Este hallazgo resulta llamativo y



consideramos que pone de manifiesto la necesidad de instaurar programas formativos que mejoren el grado de conocimientos de los profesionales en esta materia.

Las materias que más dominan los profesionales encuestados son el PE, con el 63% de la muestra valora como bueno y excelente su nivel de conocimiento en metodología enfermera y los diagnósticos de enfermería en un 66%. Las valoraciones para el nivel de conocimientos en el resto de aspectos consultados (clasificaciones de resultados y de intervenciones enfermeras) son algo inferiores, ya que para más de la mitad de los encuestados éste es muy malo, malo y regular. Nuestros resultados son más favorables que trabajos realizados recientemente entre estudiantes de enfermería, quienes califican como “malo” su nivel de conocimientos básico sobre diagnósticos enfermeros.<sup>141</sup>

Es conveniente recordar que estas herramientas se encuentran presentes en los planes de estudio de la anterior diplomatura universitaria en enfermería y en el actual grado en enfermería, por lo que la categoría “muy malo” ha sido la menos seleccionada por los enfermeros encuestados.

Algunos de los estudios consultados para este proyecto destacan la importancia del grado de conocimientos en la utilización del lenguaje estandarizado<sup>142,132</sup> Este aspecto concuerda con la tendencia que hemos observado en este trabajo respecto al nivel de conocimientos y el grado de utilización de los diferentes lenguajes enfermeros estandarizados.

En relación al grado de utilidad que la enfermería española confiere a estos aspectos de la práctica enfermera, el 52% de los encuestados considera que los modelos conceptuales de enfermería son útiles y muy útiles. Estas cifras aumentan para el PE (63%) y para los diagnósticos enfermeros (64%), resultados de enfermería (63%) e intervenciones enfermeras (70%)

Este resultado es algo inferior a los resultados obtenidos en el trabajo realizado en 2005, que lo sitúa en el 80,8% para el lenguaje estandarizado.<sup>132</sup>

La mayoría de los enfermeros encuestados se muestra de acuerdo y muy de acuerdo en desarrollar un modelo conceptual de enfermería más específico para su campo de actuación (78%) Esta cifra asciende cuando los profesionales son consultados sobre los PEC, ya que el 84% de la muestra se posiciona de acuerdo y muy de acuerdo.

Para el lenguaje enfermero estandarizado más específico en cada contexto de la enfermería consultado, los resultados ponen de manifiesto que la mayoría de los profesionales estaría de acuerdo y muy de acuerdo con el desarrollo de diagnósticos enfermeros y sistemas de clasificación de resultados e intervenciones más específicas para su campo de actuación (81%, 83% y 87%, respectivamente) Estos resultados pueden suponer el punto de partida para el desarrollo de nuevas investigaciones que enriquezcan los lenguajes propios de la profesión enfermera.

Existe una marcada relación entre el modelo conceptual de enfermería estudiado durante la formación universitaria y el modelo utilizado actualmente ( $p < .0001$ ) Este hallazgo ya fue presentado en trabajos previos, concluyendo que el modelo conceptual de enfermería utilizado durante la formación universitaria marcaba la tendencia al escoger el modelo teórico durante el desarrollo del ejercicio profesional.

Así mismo, los enfermeros que usan el modelo conceptual de 14 necesidades básicas, refieren tener un mayor grado de utilización y confieren más utilidad a todas las herramientas enfermeras comentadas anteriormente, en comparación con los enfermeros que no usan ningún modelo conceptual de enfermería en su día a día. Esta tendencia se encuentra también presente para los profesionales que usan en la actualidad lenguajes enfermeros estandarizados, PE y PEC ( $p < .0001$ )

Se observa que el criterio de utilidad que se les confiere a los recursos de la práctica enfermera abordados en este trabajo, es mayor entre aquellos profesionales que registran sus actuaciones, emplean diagnósticos de enfermería, PEC, formulan resultados y usan clasificaciones de resultados e intervenciones ( $p < .0001$ ) Por ello, consideramos que es necesario una mayor sensibilización por parte de los profesionales de enfermería que permita

incrementar su valoración subjetiva del grado de utilidad de estos elementos y así mejorar su implementación en el día a día de la profesión enfermera.

Uno de los aspectos más distintivos de este trabajo es que presenta una visión global del grado de utilización de los modelos conceptuales de enfermería, el lenguaje estandarizado y la metodología enfermera en distintos contextos de la enfermería.

A día de hoy existen diversos trabajos que hablan del grado utilización de algunas de estas herramientas por parte de los profesionales de enfermería<sup>37, 132</sup> pero las metodologías empleadas por estos estudios son tan diversas que la comparación de los mismos resulta prácticamente imposible.

Nuestro proyecto permite conocer cuál es la situación de la enfermería de manera simultánea y con el mismo instrumento de medida en ocho contextos distintos de la profesión enfermera.

Podemos afirmar que el grado de utilización del proceso enfermero, los PEC, el registro de actuaciones de enfermería y uso de lenguaje enfermero estandarizado está relacionado con el ámbito de ejercicio profesional.

Existe una marcada relación entre la utilización de los diagnósticos de enfermería y el campo de ejercicio profesional. Comparativamente, los enfermeros del ámbito familiar y comunitario son los que más emplean los diagnósticos de enfermería y los enfermeros del trabajo y de diagnóstico por imagen, los que menos. Lo mismo ocurre para los sistemas de clasificación de resultados e intervenciones enfermeras. Estos hallazgos se dejaban entrever como reflexiones de consensos en la profesión enfermera en el año 1995, sin la evidencia científica que aporta este trabajo<sup>143</sup> y son concordantes con un estudio realizado durante los años 2005-2010, en el que se pone de manifiesto las distintas iniciativas puestas en marcha desde las instituciones para incrementar el empleo del lenguaje enfermero en el entorno de atención primaria.<sup>144</sup>

Esta tendencia se mantiene para el registro de actuaciones de enfermería, encontrándose una marcada relación entre el registro de los cuidados de enfermería dispensados por los profesionales y el contexto en el que ejercen. De nuevo los enfermeros comunitarios y de familia son los que más registran sus actuaciones y los enfermeros de diagnóstico por imagen los que lo hacen en menor medida.

Respecto al uso de PEC, la enfermería del trabajo es el colectivo que menos los emplea en su quehacer diario.

Tras analizar estos resultados, podemos afirmar que los enfermeros que ejercen en el contexto de enfermería familiar y comunitaria son los que más emplean estos recursos enfermeros, siendo los enfermeros de diagnóstico por imagen y la enfermería del trabajo, los que menos.

Si analizamos los datos relacionados con los modelos conceptuales, encontramos que los profesionales que han estudiado las teóricas de la enfermería con mayor frecuencia durante la formación universitaria, son los que actualmente ejercen en el ámbito médico-quirúrgico, diagnóstico por imagen y docencia-gestión. Sin embargo, los enfermeros que más emplean los modelos conceptuales en su ejercicio profesional diario son los que a día de hoy ejercen en el contexto comunitario, pediátrico, médico-quirúrgico y docencia-gestión.

Cabe destacar también que, si bien los enfermeros de familia se encuentran dentro de los colectivos que usan en mayor medida los modelos enfermeros, aquellos que no los utilizan a día de hoy, no se posicionaría por ninguna de las teóricas para guiar su práctica asistencial en la actualidad. Este hallazgo se enmarca dentro del momento actual de debate de la profesión enfermera respecto a los modelos conceptuales existentes en la actualidad.

El objetivo principal de esta investigación es realizar una comparativa sobre el grado de utilización de los modelos conceptuales de enfermería, PEC y lenguaje estandarizado que están llevando a cabo los enfermeros en España, en función de su pertenencia o no a una sociedad científica.

Tras el análisis de los datos, podemos afirmar que no se ha podido establecer ninguna relación entre pertenecer o no a una sociedad científica y el nivel de conocimiento de los profesionales en materia de modelos conceptuales, la metodología y el lenguaje enfermero estandarizado. Sin embargo, los profesionales asociados afirman contar con mayor formación específica en metodología enfermera, taxonomías y modelos conceptuales de enfermería.

Sí se observa una mayor tendencia en la utilización del PE, los diagnósticos de enfermería y los sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras por parte de los enfermeros miembro de sociedades científicas.

Así mismo, esta tendencia se cumple también para la formulación de resultados de enfermería por parte de los profesionales asociados. En cambio, la pertenencia a una sociedad científica no implica una mayor tendencia al registro de los cuidados de enfermería ni al empleo de los sistemas de clasificación de resultados enfermeros.

No observamos, en general, una relación entre el pertenecer o no a una sociedad científica y su percepción de la utilidad conferida al lenguaje enfermero estandarizado, modelos conceptuales y PE.

Sí existen diferencias en cambio en los motivos por los que los enfermeros no utilizan los recursos de la práctica enfermera disponibles en la actualidad. El motivo principal de los enfermeros que no pertenecen a una sociedad científica es la falta de práctica y entre los enfermeros pertenecientes a una sociedad científica es que son poco específicos para su campo de actuación.

Este dato es importante a tener en cuenta ya que las sociedades científicas, como parte fundamental del capital social, juegan un papel crucial en la formación y socialización de los profesionales, así como en incentivar proyectos de investigación destinados a identificar nuevos PEC, lenguajes enfermeros y modelos conceptuales de enfermería acordes a las necesidades y demandas profesionales de sus miembros.

Ser miembro de una sociedad científica no determina la elección de un lenguaje enfermero a utilizar en la práctica diaria. Así mismo, no hemos podido establecer una relación estadísticamente significativa entre el asociacionismo científico y el empleo o la selección de un modelo conceptual de enfermería para guiar la práctica diaria.

Por último, es necesario indicar que no observamos relación entre pertenecer o no a una sociedad científica y las opiniones de los encuestados en cuanto al desarrollo de lenguaje enfermero estandarizado, modelos conceptuales de enfermería y PEC específico para el campo de actuación de los profesionales encuestados, ya que en ambos casos se muestran en su mayoría su opinión favorable a este respecto.



6

# CONCLUSIONES





1. Existe una mayor tendencia a utilizar el proceso enfermero, los diagnósticos de enfermería, los sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras, a formular resultados y a tener formación específica en materia de modelos conceptuales, taxonomías y metodología enfermera entre los enfermeros miembros de sociedades científicas españolas. En cambio, el asociacionismo científico de los profesionales no implica una mayor tendencia al registro de los cuidados, empleo de los sistemas de clasificación de resultados enfermeros ni modelos conceptuales de enfermería.
2. El motivo principal de los enfermeros que pertenecen a una sociedad científica para no emplear los modelos conceptuales de enfermería, el lenguaje enfermero y los planes estandarizados de cuidados, es que son poco específicos para su ámbito profesional y entre los profesionales no asociados es la falta de práctica.
3. Existe una marcada relación entre el campo de ejercicio profesional y la utilización del lenguaje estandarizado, los modelos conceptuales y la metodología enfermera. Los profesionales que ejercen en el área familiar y comunitaria son los que más los emplean y los enfermeros del trabajo y de diagnóstico por imagen, los que lo hacen en menor medida.
4. Los enfermeros con mayor antigüedad laboral son los que más utilizan los modelos conceptuales de enfermería, planes estandarizados de cuidados y lenguajes enfermeros en su práctica diaria.
5. El nivel de conocimientos de los encuestados en materia de modelos conceptuales de enfermería, proceso enfermero y lenguaje estandarizado es clasificado entre “regular” y “bueno” por la mayoría de los profesionales. Este nivel de conocimiento no se ve influenciado por la pertenencia a una sociedad científica.
6. Es necesario realizar futuras investigaciones desde un enfoque cualitativo que complementen nuestros hallazgos y conclusiones.



---

7

# ABREVIATURASY ACRÓNIMOS



A continuación se detallan las abreviaturas y acrónimos utilizados en este documento:

ABREVIATURA/ACRONIMO	DEFINICIÓN
ACT	Registra actuaciones de enfermería
ADENYD	Asociación española de diplomados en nutrición y dietética
AEC	Asociación de enfermería comunitaria
AEED	Asociación española de enfermería en endoscopia digestiva
AEEN	Asociación española de enfermería en neurociencias
AEETO	Asociación española de enfermería traumatológica
AENTDE	Asociación española de nomenclatura, taxonomía y diagnósticos de enfermería
AET	Asociación española de especialistas en enfermería del trabajo
ANA	Asociación norteamericana de enfermería
CCC	Clinical care classification nursing
CIE	Consejo internacional de enfermería
CODEM	Colegio Oficial de Diplomados Universitarios en Enfermería de Madrid
DESV. EST	Desviación Estándar
DXE	Diagnósticos enfermeros/diagnósticos de enfermería
FAECAP	Federación de asociaciones de enfermería de atención primaria
F. OBJ	Formula objetivos/resultados de enfermería
HCFA	Administración de Financiación de Cuidados
HHCC	Home health care classification
ICNP/CIPE	Clasificación internacional para la práctica enfermera
INF	Límite inferior
INTER	Intervenciones enfermeras
NANDA-I	Asociación norteamericana de diagnósticos de enfermería
MOD	Modelos conceptuales de enfermería
NEUMOMADRID	Sociedad madrileña de neumología y cirugía torácica
NDNQI	Base nacional de datos de Indicadores de Calidad de Enfermería de la Asociación Norteamericana de Enfermería
NIC	Clasificación de intervenciones de enfermería
NOC	Clasificación de resultados de enfermería
OBJ	Objetivos de enfermería
OMS	Organización mundial de la salud
PE	Proceso enfermero
PEC	Plan estandarizado de cuidados
Q1	Primer cuartil
Q3	Tercer cuartil
RESUL	Resultados de enfermería
SEDE	Sociedad española de enfermería en estomaterapia
SEECIR	Sociedad española de enfermería en cirugía
SEEN	Sociedad española de enfermería neonatal
SEER	Sociedad española de enfermería radiológica
SEEOF	Sociedad española de enfermería oftalmológica
SEPAR	Sociedad española de neumología y cirugía torácica
SSCC	Sociedad científica

ABREVIATURA/ACRONIMO	DEFINICIÓN
SUP	Límite superior

---

A

## ANEXO A: ENCUESTA





## Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en Enfermería

Apreciado compañero, Me pongo en contacto contigo para solicitar tu colaboración en el estudio de investigación "Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en Enfermería". La investigación es parte de la Tesis Doctoral que estoy elaborando en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid. Con este estudio se pretende conocer el uso que hacemos los enfermeros miembros de las Sociedades Científicas Españolas de los modelos conceptuales de enfermería, la metodología enfermera y el lenguaje estandarizado (taxonomías de diagnósticos enfermeros y sistemas de clasificación de intervenciones y resultados), así como nuestra opinión sobre estas herramientas y nuestras necesidades. Nos interesa mucho tu participación para poder tener una primera aproximación de cuál es vuestra situación en esta cuestión. Tu opinión servirá para seguir avanzado como profesión en tu campo, así como para detectar necesidades y carencias. Complimentar la encuesta solo te llevará aproximadamente 10 minutos. Los datos que facilites serán tratados de manera confidencial y anónima.

Dándote las gracias de antemano, Recibe un cordial saludo,

Silvia Arranz Alonso

Estudiante de Doctorado Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología-UCM

Licenciada en Antropología Social y Cultural

Msc Investigación de Cuidados en Salud.

\*Obligatorio

Principio del formulario

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi participación en el estudio de investigación "Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en Enfermería" es voluntaria y cumplimentando la siguiente encuesta

vía Internet. Toda información obtenida para este estudio será de carácter anónimo. No se me solicitarán datos personales para identificarme, tales como mi nombre o documento nacional de identidad. Los datos que proporcione en esta encuesta serán tratados y presentados como resumen estadístico y siempre de manera confidencial y anónima. Por ello, acepto participar de manera voluntaria en la presente investigación.

He leído y comprendido la información presentada anteriormente y por ello doy mi consentimiento: \*

☐ Sí

☐ No

#### 1. INFORMACIÓN GENERAL:

Fecha de nacimiento: (00/00/0000)

Sexo:

☐ Hombre

☐ Mujer

Años de experiencia profesional:

Mi campo de actuación es: \*

☐ Neurociencias

- 
- ☐ Perfusionismo
  - ☐ Nutrición y Dietética
  - ☐ Respiratorio/Neumología
  - ☐ Traumatología
  - ☐ Cirugía
  - ☐ Comunitaria
  - ☐ Estomaterapia
  - ☐ Neonatología
  - ☐ Diagnóstico por imagen
  - ☐ Radioterapia
  - ☐ Medicina Nuclear
  - ☐ Consulta de Oftalmología
  - ☐ Quirófano de Oftalmología
  - ☐ Gestión
  - ☐ Endoscopia Digestiva (D.U.E o Grado en Enfermería)

---

☐ Endoscopia Digestiva (Auxiliar de Enfermería)

☐ Enfermería del Trabajo

☐ Otro:

Soy miembro de la siguiente Sociedad Científica (por favor, elige una opción de las siguientes)

☐ Asociación Española de Enfermería en Neurociencias (AEEN)

☐ Sociedad Española de Enfermería Radiológica (SEER)

☐ Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica (SEEOF)

☐ Asociación Española de Perfusionistas (AEP)

☐ Asociación de Diplomados en Enfermería de Nutrición y Dietética (ADENYD)

☐ Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Área de Enfermería respiratoria-SEPAR)

☐ Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia (AEETO)

☐ Sociedad Española de Enfermería en Cirugía (SEECIR)

☐ Asociación Española de Enfermería Comunitaria (AEC)

☐ Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)

- 
- ☐ Asociación Española de Enfermería en Endoscopia Digestiva (AEEED)
- ☐ Sociedad Española de Enfermeros Expertos en Estomaterapia (SEDE)
- ☐ Sociedad Española de Enfermería Neonatal (SEEN)
- ☐ Asociación Española de Enfermería del Trabajo (AET)
- ☐ Otro:

Tengo formación (master/postgrado/curso) en alguna de las siguientes materias:

- ☐ Modelos conceptuales de enfermería
- ☐ Metodología enfermera
- ☐ Taxonomías enfermeras
- ☐ Ninguna de las anteriores

El modelo conceptual utilizado en mi Escuela Universitaria fue:

- ☐ Modelo de V. Henderson
- ☐ Modelo de C. Roy
- ☐ Modelo de H. Peplau

☐ Modelo de D. Orem

☐ Ninguno

☐ Otro:

Final del formulario

## 2. CONOCIMIENTOS

Mi nivel de conocimientos sobre los siguientes aspectos es:

	Excelente	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Modelos conceptuales de enfermería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metodología enfermera-proceso enfermero (PE)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diagnósticos enfermeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sistemas de clasificación de resultados enfermeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 3. UTILIZACIÓN

Actualmente empleo el siguiente modelo de enfermería en mi actividad profesional:

- ☐ Modelo de V. Henderson
- ☐ Modelo de C. Roy
- ☐ Modelo de H. Peplau
- ☐ Modelo de D. Orem
- ☐ Ninguno
- ☐ Otro:

En mi trabajo:

	Siempre	Frecuentemente	Normalmente	Ocasionalmente	Nunca
Utilizo los diagnósticos enfermeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Registro mis actuaciones de enfermería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planifico intervenciones de enfermería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Empleo sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formulo resultados de enfermería (objetivos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	Siempre	Frecuentemente	Normalmente	Ocasionalmente	Nunca
Utilizo sistemas de clasificación de resultados de enfermeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso planes estandarizados de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Utilizo los siguientes lenguajes enfermeros estandarizados (sistemas de clasificaciones enfermeras o taxonomías) en mi trabajo:

	NANDA, NIC, NOC	CCC (clinical care classification system)	ICNP o CIPE (clasificación internacional para la práctica de enfermería)	Sistema de clasificación Omaha	Ninguno
Sistema de clasificación o taxonomía de diagnósticos enfermeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sistema de clasificación de intervenciones enfermeras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sistema de clasificación de resultados enfermeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si usas la taxonomía NANDA de diagnósticos enfermeros, indica el tipo de diagnóstico enfermero más empleado en tu actividad profesional:

- ☐ real
- ☐ de riesgo
- ☐ de salud
- ☐ de promoción de la salud
- ☐ de síndrome
- ☐ cualquiera de los anteriores

En caso de NO utilizar el lenguaje enfermero estandarizado, el proceso enfermero (PE) o los modelos conceptuales de enfermería, por favor responde las siguientes preguntas:

Cumplimentar solo si NO se utiliza alguno de los siguientes elementos: - modelo conceptual de enfermería - sistema de clasificación de diagnósticos enfermeros - sistema de clasificación de intervenciones enfermeras - sistema de clasificación de resultados enfermeros - PE  
Responder solo sobre aquellos elementos que no utilice.

Si tuviera que trabajar usando el lenguaje enfermero estandarizado (sistemas de clasificaciones enfermeras), escogería:

	NANDA, NIC, NOC	CCC (clinical care classification system)	ICNP o CIPE (Clasificación para la práctica de enfermería)	Sistema de clasificación Omaha	Ninguno
Sistema de clasificación o taxonomía de diagnósticos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	NANDA, NIC, NOC	CCC (clinical care classification system)	ICNP o CIPE (Clasificación para la práctica de enfermería)	Sistema de clasificación Omaha	Ninguno
enfermeros:					
Clasificación de intervenciones enfermeras:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clasificación de resultados enfermeros:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si tuviera que trabajar bajo la directriz de un modelo de enfermería, sería:

- ☐ Modelo de V. Henderson
- ☐ Modelo de C. Roy
- ☐ Modelo de H. Peplau
- ☐ Modelo de D. Orem
- ☐ Ninguno
- ☐ Otro:

El motivo por el que no utilizo alguno de los siguientes elementos es:

	Falta de conocimientos	Falta de tiempo	Falta de práctica	Los que existen en la actualidad no son aplicables a mi campo dentro de la Enfermería	Los que existen en la actualidad son poco específicos para mi campo dentro de la Enfermería
Modelo de enfermería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Metodología enfermera (PE)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taxonomía de diagnósticos enfermeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clasificación de intervenciones enfermeras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clasificación de resultados enfermeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planes estandarizados de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 4. UTILIDAD

En mi trabajo, los siguientes elementos me resultan:

	Muy útiles	Útiles	Indiferente	Poco útiles	Muy poco útiles
Modelos de enfermería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proceso enfermero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Muy útiles	Útiles	Indiferente	Poco útiles	Muy poco útiles
(PE)					
Diagnósticos enfermeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Intervenciones enfermeras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resultados enfermeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 5. OPINIÓN

Indica tu opinión sobre las siguientes afirmaciones:

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	Poco de acuerdo	En desacuerdo
Es necesario un modelo conceptual propio para mi ámbito de actuación en enfermería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es necesaria la existencia de planes de cuidados estandarizados específicos en mi ámbito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es necesaria la existencia de diagnósticos enfermeros específicos para la enfermería en mi ámbito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es necesaria la existencia de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	Poco de acuerdo	En desacuerdo
intervenciones enfermeras estandarizadas para la enfermería en mi ámbito					
Es necesaria la existencia de resultados enfermeros estandarizados para la enfermería en mi ámbito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



B

## ANEXO B: VARIABLES





---

Las variables tenidas en cuenta son las siguientes:

- a) Edad: Variable cuantitativa continua.
- b) Sexo: Variable cualitativa dicotómica. Escala nominal: hombre/mujer.
- c) Antigüedad laboral: Número de años ejerciendo como enfermero. Variable cuantitativa continua. Escala de razón: 1-1años/10-20años/> 20 años.
- d) Sociedad científica: Grupo de profesionales de una rama del conocimiento. Variable cualitativa nominal. Escala nominal policotómica: AEEN, SEER, SEEOF, NEUMOMADRID, ADENYD, SEPAR, AEETO, AET. SEECIR. AEC, FAECAP, AEEED, SEDE, SEEN, AENTDE, AEP, Otro.
- e) Campo de actuación: Contexto en el que ejercen los profesionales. Variable cualitativa nominal. Escala nominal policotómica: Neurociencias, Perfusiónismo, Nutrición y Dietética, Respiratorio/Neumología, Traumatología, Cirugía, Comunitaria, Estomaterapia, Neonatología, Diagnóstico por imagen, Radioterapia, Medicina Nuclear, Consulta de Oftalmología, Quirófano de Oftalmología, Gestión, Endoscopia Digestiva (D.U.E o Grado en Enfermería, Endoscopia Digestiva (Auxiliar de Enfermería), Enfermería del Trabajo, Otro
- f) Modelo conceptual de enfermería: Constructo de conceptos y proposiciones que guían la profesión enfermera. Variable cualitativa policotómica. Escala nominal policotómica: Modelo de V. Henderson/M. de H. Peplau/M. de C. Roy /M. de D. Orem/otro/ninguno.
- g) Lenguaje estandarizado en enfermería: Nomenclatura sistemática de términos clínicos enfermeros: diagnósticos, intervenciones y resultados. Variable cualitativa nominal. Escala nominal policotómica: NANDA, NIC, NOC/CCC/ICNP o CIPE/ sistema de clasificación Omaha/ninguno.

- 
- h) Elección de lenguaje estandarizado en enfermería: Preferencia de lenguaje enfermero estandarizado. Variable cualitativa nominal. Escala nominal policotómica: NANDA, NIC, NOC/CCC/ICNP o CIPE/ sistema de clasificación Omaha/ninguno.
  - i) Elección de modelo conceptual de enfermería: Preferencia de modelo conceptual enfermero. Variable cualitativa nominal. Escala nominal policotómica: Modelo de V. Henderson/M. de H. Peplau/M. de C. Roy /M. de D. Orem/otro/ninguno.
  - j) Clasificación de diagnósticos enfermeros: Organización sistemática de diagnósticos enfermeros. Variable cualitativa nominal. Escala nominal policotómica: NANDA I taxonomía II/ CCC/ ICNP/CIPE/ Sistema de clasificación Omaha/ninguno)
  - k) Sistema de clasificación de intervenciones enfermeras: Organización sistemática de intervenciones enfermeras. Variable cualitativa nominal. Escala nominal policotómica: NIC/CCC/Sistema de clasificación Omaha/ICNP o CIPE/ninguno.
  - l) Sistema de clasificación de resultados enfermeros: Organización sistemática de resultados de enfermería. Variable cualitativa nominal. Escala nominal: NOC/CCC/Sistema de clasificación Omaha/ICNP o CIPE/ninguno.
  - m) Nivel de conocimientos: Conocimientos acerca de los siguientes aspectos: modelos conceptuales de enfermería, metodología-proceso de atención de enfermería, diagnósticos enfermeros, sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras, sistemas de clasificación de resultados enfermeros. Variable cualitativa ordinal. Escala Likert: Excelente/bueno/regular/malo/muy malo.

- 
- n) Utilización: Uso de los siguientes aspectos: diagnósticos enfermeros, sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras, sistemas de clasificación de resultados enfermeros y PEC. Variable cualitativa ordinal. Escala Likert: Siempre/frecuentemente/normalmente/ocasionalmente/nunca.
- o) Utilidad: Servicio que se le atribuye en la práctica diaria a los siguientes aspectos: modelos de enfermería, proceso de atención de enfermería, diagnósticos enfermeros, intervenciones enfermeras, resultados enfermeros. Variable cualitativa ordinal. Escala Likert: Muy útiles, útiles, indiferente, poco útiles, muy poco útiles.
- p) Registro de actuaciones de enfermería: Registro de cuidados enfermeros dispensados. Variable cualitativa ordinal. Escala Likert: Siempre/frecuentemente/normalmente/ocasionalmente/nunca.
- q) Formulación de resultados de enfermería (objetivos): Planificar y expresar objetivos enfermeros. Variable cualitativa ordinal. Escala Likert: Siempre/frecuentemente/normalmente/ocasionalmente/nunca.
- r) Motivo de no utilización: Razón para no emplear alguno de los siguientes elementos en la práctica diaria: modelos conceptuales de enfermería, taxonomía de diagnósticos enfermeros, clasificación de intervenciones enfermeras, clasificación de resultados enfermeros, metodología enfermera (PE), PEC. Variable cualitativa nominal. Escala nominal policotómica: Falta de conocimientos/falta de tiempo/falta de práctica/los que existen en la actualidad son poco aplicables a la enfermería del trabajo/los que existen en la actualidad son poco específicos para la enfermería del trabajo.
- s) Opinión sobre la necesidad de existencia de los siguientes elementos: un modelo conceptual propio para la enfermería del trabajo, planes de cuidados estandarizados en enfermería del trabajo, diagnósticos enfermeros específicos,
-

---

intervenciones enfermeras estandarizadas y resultados enfermeros estandarizados en enfermería del trabajo. Posicionamiento sobre una serie de afirmaciones. Variable cualitativa ordinal. Escala Likert: Muy de acuerdo/de acuerdo/neutral/poco de acuerdo/en desacuerdo.

- t) Tipo de diagnóstico enfermero de la taxonomía NANDA-II: Cada uno de los grupos de diagnóstico enfermero según la taxonomía NANDA-II. Variable cualitativa nominal. Escala nominal policotómica: Real/de riesgo/de salud/de promoción de la salud/de síndrome/cualquiera de los anteriores.

C

**ANEXO C: TABLAS  
VALIDACIÓN  
INSTRUMENTO DE  
MEDIDA**



1. Primera fase de la investigación:

Tabla 168. Pertinencia. (1= Sí es Pertinente; 0= No es Pertinente)

INDIVIDUO ITEM	1	2	3	4	5
1	1	1	1	1	1
2		1	1	1	1
3		1	1	1	1
4		1		1	1
5	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1
12	1	0	1	1	1
13	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1

Tabla 169. Claridad (1= Claridad; 0= Ausencia de Claridad)

INDIVIDUO ITEM	1	2	3	4	5
1	1	1	1		1
2		1	1	1	1
3		1	1	1	1
4		1	1	1	0
5	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1
9	1	1	1	0	1
10	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1



Tabla 170. Cálculo índice de correlación de Pearson (Muestra de conveniencia)

INDIVIDUO ITEM	2	4	Media máx.	1	3	Dif	R
6	0		0	1	1	-1	-0,92156863
8	3	3	3	2	3	0,5	0,225231509
9	3	3	3	3	4	-0,5	-0,45796689
10	3	3	3	4	3	-0,5	-0,63969978
11	3	2	2,5	2	3	0	-0,24270309
12	3	2	2,5	2	3	0	-0,24270309
13	1	1	1	0	1	0,5	0,639699782
14	5	5	5	5	5	0	0,213673371
15	5	5	5	5	5	0	0,213673371
16	3	5	4	5	4	-0,5	0,149904853
17	2	1	1,5	2	1	0	-0,20354084
18	1	1	1	3	1	-1	-0,56979566
19	1	1	1	2	1	-0,5	-0,56979566
21	5	5	5	5	5	0	0,213673371
22	5	1		1	1	-1	0,320510056
29	1	3				0	1
32	3	5				0	1
34	5	3				0	-1
35		5	5	2	4	2	0,669238267
36		5	5	2	4	2	0,810017254
37	5	5	5	5	5	0	0,213673371
38	5	5	5	3	5	1	0,676632341
39		5	5	3	5	1	0,633673355
40	5	5	5	5	3	1	0,347219228
42	5	3	4	5	5	-1	-0,8101782
43	5	3	4	5	5	-1	-0,8101782
44	5	3	4	5	5	-1	-0,8101782
SUMA	104	115	109,5	84	89	23	

2. Segunda fase de la investigación:

Tabla 171. Análisis de la Pertinencia

		N	%
Sobre si es miembro de alguna de las sociedades científicas	Si	13	92.86
	No	1	7.14
Sobre si trabaja en el campo de la enfermería radiológica en qué tipo		8	.
	Si	6	100.0
Sobre la formación en modelos conceptuales de enfermería, metodología enfermera, taxonomías enfermeras o ninguna de las anteriores	Si	14	100.0

		N	%
Sobre el modelo conceptual utilizado en la Escuela Universitaria	Si	13	92.86
	No	1	7.14
Sobre el nivel de conocimientos en modelos conceptuales, metodología enfermera-proceso enfermero (PE), diagnósticos enfermeros, sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras y sistemas de clasificación de resultados enfermeros	Si	14	100.0
Sobre el empleo de algunos de los modelos de enfermería (modelos conceptuales) dentro de la actividad profesional	Si	14	100.0
Sobre la frecuencia de la utilización de diagnósticos enfermeros, registro de las actuaciones enfermeras, planificación de intervenciones enfermeras, empleo de sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras, formulación de resultados de enfermería (objetivos), utilización de sistemas de clasificación de resultados enfermeros y uso de PEC.	Si	14	100.0
Sobre la utilización de los sistemas de clasificación enfermera o taxonomía de diagnósticos enfermeros, sistema de clasificación de intervenciones enfermeras y el sistema de clasificación de resultados enfermeros	Si	14	100.0
Si usa la taxonomía NANDA-II de diagnósticos enfermeros, indicar el tipo de diagnóstico enfermero más empleado en la actividad profesional		3	.
	Si	11	100.0
Si no utilizara algún sistema de clasificación enfermera y tuviera que hacerlo		8	.
	Si	6	100.0
Si tuviera que trabajar bajo la directriz de un modelo de enfermería		6	.
	Si	8	100.0
Sobre el motivo por el que no utiliza un modelo de enfermería, metodología enfermera, taxonomía de diagnósticos enfermeros, clasificación de intervenciones enfermeras, clasificación de resultados enfermeros y PEC.		6	.
	Si	8	100.0
Sobre la utilidad de los modelos de enfermería, PE, diagnósticos enfermeros, intervenciones enfermeras y resultados enfermeros	Si	14	100.0
La opinión sobre si es necesario un modelo conceptual propio en enfermería, la existencia de PEC específicos en enfermería, la existencia de diagnósticos enfermeros específicos para la enfermería, la existencia de intervenciones enfermeras estandarizadas para la enfermería y la existencia de resultados enfermeros estandarizados para la enfermería	Si	14	100.0
Sobre el campo de actuación	Si	14	100.0
Sobre los años de experiencia profesional	Si	14	100.0
GLOBAL (Sobre todo lo anterior)		1	.
	Si	13	100.0

Tabla 172. Análisis de la Claridad

		N	%
Sobre si es miembro de alguna de las sociedades científicas	Si	14	100.0
Sobre si trabaja en el campo de la enfermería radiológica en qué tipo		9	.
	Si	4	80.00
	No	1	20.00
Sobre la formación en modelos conceptuales de enfermería, metodología enfermera, taxonomías enfermeras o ninguna de las anteriores	Si	12	85.71
	No	2	14.29
Sobre el modelo conceptual utilizado en la Escuela Universitaria	Si	13	92.86
	No	1	7.14
Sobre el nivel de conocimientos en modelos conceptuales, metodología enfermera-proceso enfermero (PE), diagnósticos enfermeros, sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras y sistemas de clasificación de resultados enfermeros		1	.
	Si	13	100.0
Sobre el empleo de algunos de los modelos de enfermería (modelos conceptuales) dentro de la actividad profesional	Si	14	100.0
Sobre la frecuencia de la utilización de diagnósticos enfermeros, registro de las actuaciones enfermeras, planificación de intervenciones enfermeras, empleo de sistemas de clasificación de intervenciones enfermeras, formulación de resultados de enfermería (objetivos), utilización de sistemas de clasificación de resultados enfermeros y uso de PEC.	Si	13	92.86
	No	1	7.14
Sobre la utilización de los sistemas de clasificación enfermera o taxonomía de diagnósticos enfermeros, sistema de clasificación de intervenciones enfermeras y el sistema de clasificación de resultados enfermeros	Si	14	100.0
Si usa la taxonomía NANDA-II de diagnósticos enfermeros, indicar el tipo de diagnóstico enfermero más empleado en la actividad profesional		3	.
	Si	10	90.91
	No	1	9.09
Si no utilizara algún Sistema de Clasificación Enfermera y tuviera que hacerlo		8	.
	Si	5	83.33
	No	1	16.67
Si tuviera que trabajar bajo la directriz de un modelo de enfermería		6	.
	Si	8	100.0
Sobre el motivo por el que no utiliza un modelo de enfermería, metodología enfermera, taxonomía de diagnósticos enfermeros, clasificación de intervenciones enfermeras, clasificación de resultados enfermeros y PEC		7	.
	Si	6	85.71
	No	1	14.29
Sobre la utilidad de los modelos conceptuales de enfermería, PE, diagnósticos enfermeros, intervenciones enfermeras y resultados enfermeros	Si	14	100.0

		N	%
La opinión sobre si es necesario un modelo conceptual propio en enfermería, la existencia de PEC específicos en enfermería, la existencia de diagnósticos enfermeros específicos para la enfermería, la existencia de intervenciones enfermeras estandarizadas para la enfermería, la existencia de resultados enfermeros estandarizados para la enfermería	Si	14	100.0
Sobre el campo de actuación	Si	12	85.71
	No	2	14.29
Sobre los años de experiencia profesional	Si	14	100.0
(Sobre todo lo anterior)	.	1	.
	Si	13	100.0

Tabla 173. Análisis de la Aplicabilidad

		N	%
Sobre si es miembro de alguna de las sociedades científicas	Si	14	100.0
Sobre si trabaja en el campo de la enfermería radiológica en qué tipo	.	8	.
	Si	6	100.0
Sobre la formación en modelos conceptuales de enfermería, metodología enfermera, taxonomías enfermeras o ninguna de las anteriores	Si	14	100.0
Sobre el modelo conceptual utilizado en la Escuela Universitaria	Si	12	85.71
	No	2	14.29
Sobre el nivel de conocimientos en modelos conceptuales, metodología enfermera-Proceso Enfermero (PE), Diagnósticos Enfermeros, Sistemas de Clasificación de Intervenciones Enfermeras y Sistemas de Clasificación de Resultados Enfermeros	Si	14	100.0
Sobre el empleo de algunos de los Modelos de Enfermería (Modelos Conceptuales) dentro de la actividad profesional	Si	13	92.86
	No	1	7.14
Sobre la frecuencia de la utilización de Diagnósticos Enfermeros, registro de las Actuaciones Enfermeras, planificación de Intervenciones Enfermeras, empleo de Sistemas de Clasificación de Intervenciones Enfermeras, formulación de Resultados de Enfermería (objetivos), utilización de Sistemas de Clasificación de Resultados Enfermeros y uso de PEC	Si	14	100.0
Sobre la utilización de los Sistemas de Clasificación Enfermera o Taxonomía de Diagnósticos Enfermeros, Sistema de Clasificación de Intervenciones Enfermeras y el Sistema de Clasificación de Resultados Enfermeros	Si	14	100.0
Si usa la Taxonomía NANDA de Diagnósticos Enfermeros, indicar el tipo de Diagnóstico Enfermero más empleado en la actividad profesional	.	3	.
	Si	11	100.0
Si no utilizara algún Sistema de Clasificación Enfermera y tuviera que hacerlo	.	8	.
	Si	6	100.0

		N	%
Si tuviera que trabajar bajo la directriz de un Modelo de Enfermería	.	6	.
	Si	8	100.0
Sobre el motivo por el que no utiliza un Modelo de Enfermería, Metodología Enfermera, Taxonomía de Diagnósticos Enfermeros, Clasificación de Intervenciones Enfermeras, Clasificación de Resultados Enfermeros y PEC	.	6	.
	Si	7	87.50
	No	1	12.50
Sobre la utilidad de los Modelos de Enfermería, Proceso Enfermero (PE), Diagnósticos Enfermeros, Intervenciones Enfermeras y Resultados Enfermeros	Si	14	100.0
La opinión sobre si es necesario un Modelo Conceptual propio en enfermería, la existencia de Planes de Cuidados Estandarizados específicos en enfermería, la existencia de Diagnósticos Enfermeros específicos para la enfermería, la existencia de Intervenciones Enfermeras estandarizadas para la enfermería, la existencia de Resultados Enfermeros estandarizados para la enfermería	Si	14	100.0
Sobre el campo de actuación	Si	13	92.86
	No	1	7.14
Sobre los años de experiencia profesional	Si	14	100.0
GLO BAL (Sobre todo lo anterior)	.	1	.
	Si	13	100.0

Tabla 174. Tiempo invertido

		N	%
Tiempo invertido	5 minutos	4	28.57
	7 minutos	3	21.43
	10 minutos	3	21.43
	15 minutos	4	28.57

Tabla 175. Análisis Factorial

Estructura interna de la escala			
Concepto	Factor/Dominio	Ítem	Nombre
	Conocimiento	Modelos conceptuales de enfermería	c1
		Procesos de enfermeros	c2
		Diagnósticos de enfermeros	c3
		Sistemas de clasificación de intervenciones en enfermería	c4
		Sistemas de clasificación de resultados en enfermería	c5
	Frecuencia de uso	Utilizar diagnósticos de enfermeros	f1

Estructura interna de la escala			
Concepto	Factor/Dominio	Ítem	Nombre
	en el trabajo	Registrar las actuaciones	f2
		Planificar las intervenciones	f3
		Emplear sistemas de clasificación en las intervenciones	f4
		Formular resultados	f5
		Usar PEC	f6
		Emplear sistemas de clasificación en los resultados	f7
	Opinión de la utilidad en el trabajo	Modelos conceptuales de enfermería	o1
		Procesos de enfermeros	o2
		Diagnósticos de enfermeros	o3
		Sistemas de clasificación de intervenciones en enfermería	o4
		Sistemas de clasificación de resultados en enfermería	o5
	Grado de acuerdo	Es necesario un modelo conceptual propio para mi ámbito de actuación en enfermería	g1
		Es necesaria la existencia de planes de cuidados estandarizados específicos en mi ámbito	g2
		Es necesaria la existencia de diagnósticos enfermeros específicos para la enfermería en mi ámbito	g3
		Es necesaria la existencia de intervenciones enfermeras estandarizadas para la enfermería en mi ámbito	g4
		Es necesaria la existencia de resultados enfermeros estandarizados para la enfermería en mi ámbito	g5

Tabla 176. Matriz de Correlación entre Ítems

Matriz de correlaciones entre ítems																						
	c1	c2	c3	c4	c5	f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7	o1	o2	o3	o4	o5	g1	g2	g3	g4	g5
c1	1,00	0,67	0,63	0,61	0,62	0,43	0,14	0,25	0,42	0,40	0,41	0,25	0,41	0,39	0,40	0,38	0,41	0,24	0,05	0,22	0,15	0,15
c2	0,67	1,00	0,79	0,76	0,73	0,51	0,17	0,30	0,52	0,42	0,49	0,27	0,47	0,55	0,51	0,50	0,51	0,24	0,06	0,25	0,19	0,18
c3	0,63	0,79	1,00	0,79	0,78	0,55	0,18	0,30	0,52	0,43	0,52	0,29	0,47	0,50	0,53	0,50	0,50	0,25	0,08	0,28	0,20	0,19
c4	0,61	0,76	0,79	1,00	0,94	0,54	0,18	0,33	0,58	0,47	0,57	0,33	0,44	0,49	0,50	0,51	0,51	0,22	0,04	0,26	0,19	0,19
c5	0,62	0,73	0,78	0,94	1,00	0,51	0,17	0,33	0,55	0,45	0,54	0,32	0,46	0,49	0,48	0,49	0,50	0,22	0,02	0,24	0,16	0,18
f1	0,43	0,51	0,55	0,54	0,51	1,00	0,29	0,55	0,82	0,76	0,82	0,55	0,55	0,58	0,64	0,58	0,57	0,28	0,15	0,39	0,26	0,27
f2	0,14	0,17	0,18	0,18	0,17	0,29	1,00	0,54	0,30	0,29	0,24	0,30	0,17	0,25	0,22	0,28	0,26	0,21	0,19	0,11	0,22	0,19
f3	0,25	0,30	0,30	0,33	0,33	0,55	0,54	1,00	0,57	0,62	0,52	0,53	0,36	0,42	0,40	0,43	0,42	0,22	0,20	0,17	0,24	0,24
f4	0,42	0,52	0,52	0,58	0,55	0,82	0,30	0,57	1,00	0,76	0,86	0,53	0,52	0,58	0,60	0,62	0,59	0,25	0,09	0,32	0,19	0,21
f5	0,40	0,42	0,43	0,47	0,45	0,76	0,29	0,62	0,76	1,00	0,84	0,57	0,50	0,50	0,54	0,49	0,55	0,25	0,06	0,26	0,19	0,25
f6	0,41	0,49	0,52	0,57	0,54	0,82	0,24	0,52	0,86	0,84	1,00	0,59	0,50	0,54	0,59	0,56	0,58	0,26	0,08	0,32	0,17	0,21
f7	0,25	0,27	0,29	0,33	0,32	0,55	0,30	0,53	0,53	0,57	0,59	1,00	0,37	0,40	0,43	0,41	0,41	0,25	0,33	0,26	0,28	0,27
o1	0,41	0,47	0,47	0,44	0,46	0,55	0,17	0,36	0,52	0,50	0,50	0,37	1,00	0,74	0,74	0,66	0,70	0,44	0,20	0,40	0,26	0,31
o2	0,39	0,55	0,50	0,49	0,49	0,58	0,25	0,42	0,58	0,50	0,54	0,40	0,74	1,00	0,83	0,81	0,81	0,40	0,23	0,44	0,34	0,34
o3	0,40	0,51	0,53	0,50	0,48	0,64	0,22	0,40	0,60	0,54	0,59	0,43	0,74	0,83	1,00	0,88	0,88	0,41	0,27	0,55	0,38	0,39
o4	0,38	0,50	0,50	0,51	0,49	0,58	0,28	0,43	0,62	0,49	0,56	0,41	0,66	0,81	0,88	1,00	0,92	0,37	0,27	0,48	0,39	0,38
o5	0,41	0,51	0,50	0,51	0,50	0,57	0,26	0,42	0,59	0,55	0,58	0,41	0,70	0,81	0,88	0,92	1,00	0,40	0,24	0,46	0,34	0,39
g1	0,24	0,24	0,25	0,22	0,22	0,28	0,21	0,22	0,25	0,25	0,26	0,25	0,44	0,40	0,41	0,37	0,40	1,00	0,44	0,54	0,42	0,47
g2	0,05	0,06	0,08	0,04	0,02	0,15	0,19	0,20	0,09	0,06	0,08	0,33	0,20	0,23	0,27	0,27	0,24	0,44	1,00	0,55	0,70	0,64
g3	0,22	0,25	0,28	0,26	0,24	0,39	0,11	0,17	0,32	0,26	0,32	0,26	0,40	0,44	0,55	0,48	0,46	0,54	0,55	1,00	0,70	0,72
g4	0,15	0,19	0,20	0,19	0,16	0,26	0,22	0,24	0,19	0,19	0,17	0,28	0,26	0,34	0,38	0,39	0,34	0,42	0,70	0,70	1,00	0,88

Matriz de correlaciones entre ítems																						
	c1	c2	c3	c4	c5	f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7	o1	o2	o3	o4	o5	g1	g2	g3	g4	g5
g5	0,15	0,18	0,19	0,19	0,18	0,27	0,19	0,24	0,21	0,25	0,21	0,27	0,31	0,34	0,39	0,38	0,39	0,47	0,64	0,72	0,88	1,00

Tabla 177. Matriz de Significatividad de los Coeficientes de Correlación

Matriz de significatividad de los coeficientes de correlación																						
	c1	c2	c3	c4	c5	f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7	o1	o2	o3	o4	o5	g1	g2	g3	g4	g5
c1		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,140	0,000	0,000	0,000
c2	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,103	0,000	0,000	0,000
c3	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,037	0,000	0,000	0,000
c4	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,185	0,000	0,000	0,000
c5	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,307	0,000	0,000	0,000
f1	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
f2	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005	0,000	0,000
f3	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
f4	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,021	0,000	0,000	0,000
f5	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,079	0,000	0,000	0,000
f6	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,031	0,000	0,000	0,000
f7	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
o1	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
o2	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
o3	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
o4	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
o5	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
g1	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000



Matriz de significatividad de los coeficientes de correlación																						
	c1	c2	c3	c4	c5	f1	f2	f3	f4	f5	f6	f7	o1	o2	o3	o4	o5	g1	g2	g3	g4	g5
g2	0,140	0,103	0,037	0,185	0,307	0,000	0,000	0,000	0,021	0,079	0,031	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000
g3	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,005	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000
g4	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000
g5	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	

Tabla 178. Matriz de Componentes Rotados

Matriz de componentes rotados: Rotación Varimax				
	1	2	3	4
c1		0,753		
c2		0,826		
c3		0,838		
c4		0,868		
c5		0,866		
f1			0,669	
f2			0,578	
f3			0,788	
f4			0,691	
f5			0,762	
f6			0,712	
f7			0,699	
o1	0,740			
o2	0,796			
o3	0,831			
o4	0,807			
o5	0,823			
g1				0,568
g2				0,834
g3				0,760
g4				0,903
g5				0,880



**D**

**ANEXO D:  
CERTIFICADO  
COLABORACIÓN AET**





Comisión de Investigación de la Universidad Complutense de Madrid

## CERTIFICACIÓN

A quien corresponda,

Mediante el presente escrito queremos dejar constancia de que Dña. Silvia Arranz Alonso, con DNI 53 533 640 J, asociada de pleno derecho de la Asociación de Especialistas en Enfermería del Trabajo, en adelante AET, está colaborando actualmente con la asociación.

Dicha colaboración tiene su base en un estudio de investigación denominado “Modelos conceptuales, metodología enfermera y lenguaje estandarizado en enfermería del trabajo”.

Las conclusiones de este estudio serán presentadas en las VIII Jornadas Estatales de la AET.

A través de este documento también se quiere dejar constancia del carácter científico no sólo de la asociación (como se recoge en los artículos 3 apartado a; artículo 19 y artículo 30 de los vigentes Estatutos) sino también de las Jornadas Estatales que celebra la citada asociación.

Y, como prueba de lo anterior, se acompaña a/con esta certificación los siguientes documentos:

- a) Estatutos vigentes de AET, cuya resolución fue aprobada por el Registro de asociaciones del Ministerio de Interior.
- b) Última resolución “reconocimiento de interés científico-sanitario” emitida por la Consejería de Salud, de la Junta de Andalucía, respecto a las últimas Jornadas Estatales celebradas en 2011.

Para que así conste, se firma el presente documento.

Madrid, 1 de Marzo de 2012

A. Santos Posada

Secretaria General



**E**

**ANEXO E:  
CERTIFICADO  
COLABORACIÓN AEC**







**Comisión de Investigación de la  
Universidad Complutense de Madrid**

D. José Ramón Martínez Riera, Presidente de la Asociación Enfermería  
Comunitaria (AEC)

**C E R T I F I C A**

Que Dña. Silvia Arranz Alonso, con DNI 53 533 640 J, doctoranda de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, ha participado con la Asociación Enfermería Comunitaria (AEC), en tanto Sociedad Científica que es, en el estudio de investigación denominado "Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en enfermería (Proyecto MOCMEL)".

Y para que así conste donde proceda, se expide y firma el presente certificado en Valencia a treinta y uno de marzo de dos mil catorce.



**José Ramón Martínez Riera**  
Presidente Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Asociación Enfermería Comunitaria (AEC)  
C/ Universidad, 4, 4º, 1ª  
46003 València  
Tfno.: 646 24 05 94  
<http://www.enfermeriacomunitaria.org>



MIEMBRO DE:



**SESPAS**  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA  
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA



**F**

**ANEXO F:  
CERTIFICADO  
COLABORACIÓN  
SEEOF**





Comisión de Investigación de la

Universidad Complutense de Madrid

## CERTIFICACIÓN

A quien corresponda,

Mediante el presente escrito queremos dejar constancia de que Dña. Silvia Arranz Alonso, con DNI 53 533 640 J, y doctoranda de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, está colaborando actualmente con la Sociedad Española de Enfermería Oftalmológica (SEEOF).

Dicha colaboración tiene su base en el estudio de investigación denominado “Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en enfermería (Proyecto MOCMEL)”.

A través de este documento también se quiere dejar constancia del carácter científico de esta Sociedad, tal y como se recoge en los Estatutos vigentes.

Para que así conste, se expide y firma el presente documento.

En Madrid, el 30 de marzo de 2014.

Fdo. Don Enrique Cosme, RN, CRNO. Delegado de la

SEEOF



**G**

**ANEXO G:  
CERTIFICADO  
COLABORACIÓN  
AEETO**





Comisión de Investigación de la  
Universidad Complutense de Madrid

#### CERTIFICACIÓN

A quien corresponda,

Mediante el presente escrito queremos dejar constancia de que Dña. Silvia Arranz Alonso, con DNI 53 533 640 J, y doctoranda de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, está colaborando actualmente con nuestra Sociedad Científica (Asociación Española de Enfermería en Traumatología y Ortopedia – AEETO).

Dicha colaboración tiene su base en el estudio de investigación denominado “Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en enfermería (Proyecto MOCMEL)”.

A través de este documento también se quiere dejar constancia del carácter científico de esta Sociedad, tal y como se recoge en los Estatutos vigentes.

Para que así conste, se expide y firma el presente documento.

En Madrid, 30 de Marzo de 2014

Fdo. Dña Mª Elena Miguel Poza  
Presidenta de Asociación Española de  
Enfermería en Traumatología y Ortopedia



# H

## **ANEXO H: CERTIFICADO COLABORACIÓN SEER**





SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE ENFERMERÍA  
RADIOLOGICA

C/ Pujades, 350. 08019 - Barcelona  
Tel: 932 530 983 - Fax: 932 124 774  
www.enfermeriaradiologica.org  
seer@enfermeriaradiologica.org

D. Ignacio Liarte Trias, con D.N.I. número 17732092-N en calidad de Secretario de la entidad SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIOLOGICA – SEER,

CERTIFICA:

Que la Sociedad Española de Enfermería Radiológica-SEER ha colaborado en el estudio de investigación **“Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en Enfermería”** dirigido por Doña Silvia Arranz Alonso la cual es investigadora principal de dicho estudio.

Y para que conste a los efectos oportunos, y a petición de la interesada, expido el presente certificado en Barcelona, el 1 de Abril de 2014.

Sr. Ignacio Liarte Trias  
Secretario SEER  
DNI: 17732092N

VºBº Sr. Jaume Roca Sarsanedas  
Presidente SEER  
DNI: 36980655J



I

**ANEXO I:  
CERTIFICADO  
COLABORACIÓN  
ÁREA DE  
ENFERMERÍA  
RESPIRATORIA  
SEPAR**







Comisión de Investigación de la  
Universidad Complutense de Madrid

### CERTIFICACIÓN

A quien corresponda,

Mediante el presente escrito queremos dejar constancia de que Dña. Silvia Arranz Alonso, con DNI 53 533 640 J, y doctoranda de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, está colaborando actualmente con esta Sociedad Científica.

Dicha colaboración tiene su base en el estudio de investigación denominado "Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en enfermería (Proyecto MOCMEL)".

A través de este documento también se quiere dejar constancia del carácter científico de esta Sociedad, tal y como se recoge en los Estatutos vigentes.

Para que así conste, se expide y firma el presente documento.

En Barcelona, a 2 de abril de 2014.

Meritxell Peiró Fàbregas  
Coordinadora Área Enfermería de la SEPAR



J

**ANEXO J:  
CERTIFICADO  
COLABORACIÓN  
ADENYD**



Comisión de Investigación de la  
Universidad Complutense de Madrid

#### CERTIFICACIÓN

A quien corresponda,

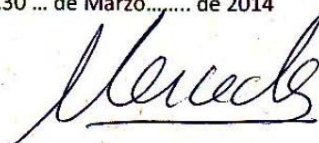
Mediante el presente escrito queremos dejar constancia de que Dña. Silvia Arranz Alonso, con DNI 53 533 640 J, y doctoranda de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, está colaborando actualmente con esta Sociedad Científica (ADENYD).

Dicha colaboración tiene su base en el estudio de investigación denominado "Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en enfermería (Proyecto MOCMEL)".

A través de este documento también se quiere dejar constancia del carácter científico de esta Sociedad, tal y como se recoge en los Estatutos vigentes.

Para que así conste, se expide y firma el presente documento.

En Córdoba....., 30 ... de Marzo..... de 2014



Fdo. Don/Dña... Mercedes López-Pardo Martínez

Presidente de ADENYD Asociación de Enfermeras Españolas de Nutrición y Dietética



**K**

**ANEXO K:  
CERTIFICADO  
COLABORACIÓN  
S.E.D.E.**







**SEE** SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA  
EXPERTA EN ESTOMATERAPIA

C) San Antón, 36-1º

18005 Granada

E-mail: [estomaterapia@estomaterapia.es](mailto:estomaterapia@estomaterapia.es)

[www.estomaterapia.es](http://www.estomaterapia.es)

Comisión de Investigación de la

Universidad Complutense de Madrid

#### CERTIFICACIÓN

A quien corresponda,

Mediante el presente escrito desde S.E.D.E. queremos dejar constancia de que Dña. Silvia Arranz Alonso, con DNI 53 533 640 J, y doctoranda de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, está colaborando actualmente con esta Sociedad Científica, con el estudio de investigación denominado “Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en enfermería (Proyecto MOCMEL)”.

A través de este documento también se quiere dejar constancia del carácter científico de esta Sociedad, tal y como se recoge en los Estatutos vigentes.

Para que así conste, se expide y firma el presente documento.

En Granada ,21 de abril de 2014

Fdo. Don/Dña. Ana Mª González Buenadicha

Presidenta de S.E.D.E.



L

**ANEXO L:  
CERTIFICADO  
COLABORACIÓN  
SEEN**



Comisión de Investigación de la  
Universidad Complutense de Madrid



### CERTIFICACIÓN

A quien corresponda

Mediante el presente escrito queremos dejar constancia de que Dña. Silvia Arranz Alonso, con DNI 53 533 640 J, y doctoranda de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, está colaborando actualmente con esta Sociedad Científica, Sociedad Española de Enfermería Neonatal (SEEN).

Dicha colaboración tiene su base en el estudio de investigación denominado "Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en enfermería (Proyecto MOCMEL)".

A través de este documento también se quiere dejar constancia del carácter científico de esta Sociedad, tal y como se recoge en los Estatutos vigentes.

Para que así conste, se expide y firma el presente documento.

En Madrid a 21 de abril de 2014

Miguel García Fernández

Secretario SEEN



**M**

**ANEXO M:  
CERTIFICADO  
COLABORACIÓN  
AEEN**







Asociación Española  
de Enfermería en  
Neurociencias

Comisión de Investigación de la

Universidad Complutense de Madrid

#### CERTIFICACIÓN

A quien corresponda,

Mediante el presente escrito desde AEEN queremos dejar constancia de que Dña. Silvia Arranz Alonso, con DNI 53 533 640 J, y doctoranda de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, está colaborando actualmente con esta Sociedad Científica, con el estudio de investigación denominado "Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en enfermería (Proyecto MOCMEL)".

A través de este documento también se quiere dejar constancia del carácter científico de esta Sociedad, tal y como se recoge en los Estatutos vigentes.

Para que así conste, se expide y firma el presente documento.

En León, 27 de abril de 2014

Fdo. Don/Dña Jesús Álvarez Bueno

Presidente de la AEEN

Fdo : Jesús Álvarez Bueno

PRESIDENTE DE LA A.E.E.N.

e-mail: [presidencia@aeen.es](mailto:presidencia@aeen.es)



Asociación Española  
de Enfermería en  
Neurociencias

CIF: G 79111795 C/ JUAN DE BADAJOZ, 2 -1º C 24002 LEON

[www.aeen.es](http://www.aeen.es)



**N**

**ANEXO N:  
CERTIFICADO  
COLABORACIÓN  
AEEED**





**AEEED** Asociación Española  
Enfermería en Endoscopia Digestiva

[www.aeeed.com](http://www.aeeed.com)

**PRESIDENTA:**  
Enriqueta Hernández Soto  
Corporació Sanitària i  
Universitària Parc Taulí  
Sabadell - Barcelona

**VICEPRESIDENTA:**  
Raquel Mena Sánchez  
Consorci Sanitari de Terrassa  
Terrassa - Barcelona

**TESORERA:**  
Montserrat Víctor Dieguez  
Hospital Universitari Vall d'Hebron  
Barcelona

**SECRETARIA:**  
Laura Sánchez Sánchez  
Hospital Nuestra Señora del Rosario  
Madrid

**VOCALES:**  
**M<sup>a</sup> Vicenta Aramendia Estelles**  
Hospital Universitari i Politècnic la Fe  
Valencia

Silvia Carnicer Nieto  
Hospital Clínic de Barcelona  
Barcelona

Carmen Manchado Pérez  
Hospital Universitario Rey Juan Carlos  
Madrid

Silvia Tejedor Esteve  
Hospital Universitari i Politècnic la Fe  
Valencia

**SECRETARIA TÉCNICA:**  
Miguel Ángel Alonso Gumiel  
Bolu-3 Servicios, SL  
Paseo de las Delicias, 136-2C  
28045 - Madrid  
Tel-Fax: 91 530 99 28  
E-mail: [bolutres@hotmail.com](mailto:bolutres@hotmail.com)

Madrid, 4 de Junio de 2014

Comisión de Investigación de la  
Universidad Complutense de Madrid

## CERTIFICACIÓN

A quien corresponda,

Mediante el presente escrito queremos dejar constancia de que Dña. Silvia Arranz Alonso, con DNI 53 533 640 J, y doctoranda de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid, está colaborando actualmente con esta Sociedad Científica.

Dicha colaboración tiene su base en el estudio de investigación denominado "Modelos conceptuales, metodología y lenguaje estandarizado en enfermería (Proyecto MOCMEL)".

A través de este documento también se quiere dejar constancia del carácter científico de esta Sociedad, tal y como se recoge en los Estatutos vigentes.

Para que así conste, se expide y firma el presente documento.

Fdo:

Presidente/a del Comité Científico AEEED

VBº:

Presidente/a AEEED



O

# **ANEXO O: BIBLIOGRAFÍA**





---

<sup>1</sup> Santos Ruiz S, López-Parra M, Sánchez-Rueda G, Bardallo-Porras L, Fernández-Donaire L, Zabalegui-Yáñez A et al. Modelos teóricos y estudiantes de enfermería: aspectos motivacionales para su elección durante las prácticas clínicas. *EducMed* 2011; 14(2):119-27.

<sup>2</sup> Moreno Fergusson M. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia en la Facultad de Enfermería de la Universidad de La Sabana. *RevAquichan*. 2005; 5(1):44-55.

<sup>3</sup> Alligood M. Introduction to Nursing Theory: its History, Significance and Analysis. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M. *Nursing Theorist and Their Work*. Sixth Edition. Missouri: Mosby, Inc; 2006.

<sup>4</sup> Howett M. Nightingale theory and Intentional comfort touch in management of tinea pedis in vulnerably populations. *J Holist Nurs* 2010; 28(4): 244-50.

<sup>5</sup> Miró Bonet M. Los modelos conceptuales, una estrategia de poder con implicaciones profesionales. *Enf Clinic* 2010; 20(6):360-5.

<sup>6</sup> Marriner Tomey A, Raile Alligood M. *Nursing Theorist and Their Work*. Sixth Edition. Missouri: Mosby, Inc; 2006.

<sup>7</sup> Pereda Acosta M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enf Neurol (Mex)* 2011; 3(10): 163-7.

<sup>8</sup> Chamizo Vega C. La enfermería transcultural en España. *Rev. Cultura de los Cuidados* 2005; IX (18):19-13.

<sup>9</sup> Ibarra Mendoza TJ, Siles González J. Competencia Cultural. Una forma humanizada de ofrecer Cuidados de Enfermería. *Index Enferm [Internet]*. 2006. [Citado: 21-10-2013];15(55):[aprox.5 p.]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000300010&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000300010&script=sci_arttext)

<sup>10</sup> Wimpenny P. The meaning of models of nursing to practicing nurses. *J AdvNurs* 2002; 40(3): 346-54.

<sup>11</sup> Tourville C, Ingalls K. The Living Tree of Nursing Theories. *Nurs Forum* 2003; 38(3):21-30.

<sup>12</sup> Timmins F. A critical review of appropriate conceptual models for use by coronary care nurses. *Int Nurs Rev* 2008;55(1):117-24.

<sup>13</sup> Fawcett J. On bed baths and conceptual models of nursing. *J Adv Nurs* 2003; 44(3): 229-30.

<sup>14</sup> Cash K. (1990) Nursing models and the idea of nursing. *International Journal of Nursing Studies* 27, 249–256.

<sup>15</sup> Biley F. (1992) Nursing models redundant in practice? *British Journal of Nursing* 1, 219.

<sup>16</sup> Varez Peláez S, López Parra M, Santos Ruiz S, Abril Sabater D. Perspectiva sobre modelos y teorías de enfermería en el ámbito de la nefrología. *Rev. Soc. Esp Enferm Nefrol* 2008; 11(3):178-83.

<sup>17</sup> Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería Guía práctica. 3 Ed. Madrid: Mosby; 1996.

<sup>18</sup> De la Cuesta C. The Nursing Process: from development to implementation. *J Adv Nurs*. 1983;8:365-71.

<sup>19</sup> Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puydena MI, Urkia-Etxabe JM, Zubero-Linaza J, Zupiria-Gorostidi X. Uso del proceso de enfermería en los centros públicos y privados de un área de salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2012[Citado: 21-04-2014]; 20(5): [aprox.6 p.].

<sup>20</sup> Pérez Rodríguez LM, De la Paz Aguirre R. González Monzón B, Villavicencio Galván C, Rojas García I. Repercusión del proceso de atención de enfermería y profilaxis del bajo peso al nacer; *Rev. Cubana Enferm* 2001;17(1):7-8.

<sup>21</sup> Bernal Herrera P, López González F, Jerez Moreno MC, Peinado Barraso MC. Plan de cuidados estandarizado para pacientes de nefrología pediátrica. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2009; 12 (2):157-60.

<sup>22</sup> Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Zubero-Linaza J, Zupiria-Gorostidi X. Uso del proceso de enfermería en los centros públicos y privados del área de un área de salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet] 2012; [Citado: 22-08-2014]; 20(5):[aprox.6 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es\\_12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/es_12.pdf).

<sup>23</sup> Clark J, Craft-Rosenberg M, Delaney C. An international methodology to describe clinical nursing phenomena: a team approach. *Int J Nurs Stud*. 2000; 37(6):541-53.

<sup>24</sup> Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Barcelona: Mosby; 2007.

<sup>25</sup> ANA: Asociación Norteamericana de Enfermería [Internet]; 2011 [Actualizado 20-11-2011; citado 26-12-2011]. Disponible en: <http://users.stargate.net/~lqthede/CNP/ANA/CriteriaRecognition.htm>

<sup>26</sup> Rutherford, M. Standardized Nursing Language: What Does It Mean for Nursing Practice? OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing. [Internet]. 2008. [Citado: 21-12-2011];13(1):[aprox.5 p.]. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/StandardizedNursingLanguage.aspx>

<sup>27</sup> Torres Esperón J M, Pérez Sánchez A. Aspectos éticos-sociales en los diagnósticos de enfermería y su influencia para la profesión. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 20-04-2015]; 28(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000300008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000300008&lng=es).

<sup>28</sup> Hyun S. Cross-mapping the ICNP with NANDA, HHCC, Omaha System and NIC for unified nursing language system development. Int Nurs Rev. 2002; 49: 99-110.

<sup>29</sup> NANDA International: Asociación Norteamericana de diagnósticos enfermeros [Internet]; 2015 [Actualizado 20-11-2014; citado 19-04-2015]. Disponible en: <http://www.nanda.org>.

<sup>30</sup> Arribas Cachá A, Santamaría García JM, Domingo Blázquez M, Sellán Soto C, Borrego de la Osa R, Gómez González JL. Estudio descriptivo y analítico de los diagnósticos de enfermería y su clasificación. Edición 2009-2011. Madrid: Departamento de Metodología e Innovación del Cuidado (FUDEN); 2011.

<sup>31</sup> VV. AA. Nursing diagnoses 2015-17. Definitions and classifications. Wiley-Blackwell. 2014.

<sup>32</sup> Rivera Romero V, Pastoriza Galán P, Díaz Perianez C, Hialrio Huapaya N. Revisión crítica de la taxonomía enfermera NANDA Internacional 2009-2011. Recién. 2013; 6:1-6.

<sup>33</sup> Juvé Udina ME, González Samartino M, Matud Calvo C. Mapping the Diagnosis Axis of an Interface Terminology to the NANDA International Taxonomy. ISRN Nursing[Internet].2012. [Citado: 09-08-2012];[aprox.6 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3399394/>

<sup>34</sup> Doran D, Almost J. Nursing sensitive outcomes: the state of the science. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2003.

<sup>35</sup> Saba V. Nursing Classifications: Home Health Care Classification System (HHCC): An Overview. OJIN: Online Journal of Issues in Nursing.[Internet].2002; [Citado: 21-12-2011].7 (3):[aprox.5 p.]. Disponible en:

[www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol31998/No2Sept1998/TheInternationalClassificationForNursingPracticeProject.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol31998/No2Sept1998/TheInternationalClassificationForNursingPracticeProject.aspx)

<sup>36</sup> Saba V. Clinical Care Classification (CCC) System Manual. A guide to Nursing Documentation. New York: Springer Publishing Co.; 2007.

<sup>37</sup> Clark J. The International Classification For Nursing Practice Project. OJIN: Online Journal of Issues in Nursing.[Internet].1998; [Citado: 21-12-2011].3(2):[aprox.6 p.]. Disponible en: [www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol31998/No2Sept1998/TheInternationalClassificationForNursingPracticeProject.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol31998/No2Sept1998/TheInternationalClassificationForNursingPracticeProject.aspx)

<sup>38</sup> Coenen A. The International Classification for Nursing Practice (ICNP®) Programme: Advancing a Unifying Framework for Nursing. Online Journal of Issues in Nursing. [Internet].2003; [Citado: 20-12-2011]. 8(2): [aprox.5 p.]. Disponible en: [www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol82003/No2May2003/ArticlesPreviousTopics/TheInternationalClassificationforNursingPractice.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol82003/No2May2003/ArticlesPreviousTopics/TheInternationalClassificationforNursingPractice.aspx)

<sup>39</sup> González Gutiérrez-Solana R. La fortaleza de la enfermería y el empleo de los diagnósticos de enfermería. Edit Correo AENTDE 2009;13:10-2.

<sup>40</sup> Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, Van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions and outcomes implementation study. Int J Nurs Terminol Classif 2007;18(1):5-17.

<sup>41</sup> Miotto Wright M. Un lenguaje común para enfermeras: dilema persistente. Rev. Latino-am.enfermagem 1995; 3(2);107-129.

<sup>42</sup> Quiñones Pérez M, González Fernández M, Sutil Pellitero C, González Marcos N. NANDA, NIC Y NOC: Los grandes desconocidos en Castilla y León. Rev Enf Urg y Em.[Internet].2009. [Citado: 1-12-2011];6:[aprox.5 p.]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/abril/pagina5.html>

<sup>43</sup> Moorhead S, Johnson M, Maas M. Nursing outcomes classifications (NOC).St Louis: Mosby; 2004.

<sup>44</sup> Kennedy MA. Representing Nursing Practice using ICNP. CNIA 2nd National Conference. [Internet].2007. [Citado: 20-12-2011]; [aprox.5 p.]. Disponible en: [http://cnia.ca/Conference2007/KENNEDY\\_PAPER.pdf](http://cnia.ca/Conference2007/KENNEDY_PAPER.pdf)

<sup>45</sup> Dotterman JM, Bulechek GM. Nursing interventions classifications (NIC). St Louis: Mosby; 2004.

---

<sup>46</sup> Park, Hye Jin. "NANDA-I, NOC, and NIC linkages in nursing care plans for hospitalized patients with congestive heart failure." Dissertation, University of Iowa, 2010. <http://ir.uiowa.edu/etd/570>.

<sup>47</sup> Smith K J, Craft-Rosenberg M. Using NANDA, NIC, and NOC in an Undergraduate Nursing Practicum. *Nurse Educator* 2010; 35(4):162-6

<sup>48</sup> Salgado PO, Chianca TCM. Identificación y mapeo de los diagnósticos y acciones de enfermería en Unidad de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. jul.-ago. 2011 [acceso: 18062013 ]19(4):[08 pantallas]. Disponible en: <http://ead.eerp.usp.br/rlae/>

<sup>49</sup> Taladriz Mas M. El asociacionismo y la profesión. ¿Hacia dónde vamos? *Boletín Asociación Andaluza Bibliotecarios* 2010; 100:67-72.

<sup>50</sup> Pita Catala M, Sevilla C, Llopis B. Asociacionismo profesional. *Métodos de información* 1994-1998; 0:25-7.

<sup>51</sup> Arratia Figueroa A. Investigación y documentación histórica en enfermería. *Texto & contexto enferm* 2005;14(4):567-74.

<sup>52</sup> González Leandri R. Asociacionismo y representación de intereses médicos en Buenos Aires, 1852-1880. *Asclepio* 1998;2:187-203.

<sup>53</sup> Cordero Rivera J. Asociacionismo popular: gremios, cofradías, hermandades y hospitales. En *La vida cotidiana en la Edad Media : VIII Semana de Estudios Medievales : Nájera*, del 4 al 8 de agosto de 1997 / coord. por José Ignacio de la Iglesia Duarte, 1998, ISBN 84-89362-32-7, págs. 387-400.

<sup>54</sup> Morales L. ¿Existe una crisis participativa? La evolución de la participación política y el asociacionismo en España. *Rev Esp Ciencia Política* 2005; 13:51-87.

<sup>55</sup> Esmaeili M, Dehghan-Nayeri N, Negarandeh R. Una revisión de las oportunidades y los desafíos a los que se enfrentan las asociaciones de enfermería en Irán. *Int Nurs Review* 2012; 59(2):188-94.

<sup>56</sup> González Canalejo C, Márquez Membrive J. ¿Hacia dónde va la historia de la enfermería? *Cultura de Cuidados* 2000; IV (7-8): 27-34.

<sup>57</sup> Chacón Rodríguez E. La asociación española de enfermería docente (AEED). *Trabajando por el futuro. Enf Global* 2003; 3:1-9.

<sup>58</sup> Gomes Vale E, da Silva MJ. La Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería: visión y proyecciones para el siglo XXI. *Rev Brasileira de Enfermagem* 2004; 57(1):62-5.

<sup>59</sup> Cabieses Valdés B, Urrutia Soto MT, Muñoz Serrano M, Pizarro Migueles P. Motivaciones y expectativas para participar en una asociación de ex alumnos de enfermería. *Ciencia y Enferme* 2004; X(2): 67-74.

<sup>60</sup> Manfredi M. El desarrollo de enfermería en América Latina: una mirada estratégica. *Rev. Latino Am. Enf* 1993; 1(1):23-35.

<sup>61</sup> Real Decreto 450/2005 de 22 de abril. Sobre especialidades de Enfermería. BOE, núm. 108/2005 (6 de mayo de 2005).

<sup>62</sup> Orden SAS/1348/2009 de 6 de mayo. Por la que se aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Enfermería del Trabajo. BOE núm. 129/2009. (28 de mayo de 2009).

<sup>63</sup> Arranz, S. Occupational Health Nursing in Spain. *Workplace Health & Safety*. 2012; 60 (5): 195.

<sup>64</sup> Corbelle Álvarez, JM. La Enfermería del Trabajo, una Especialidad reciente, una Profesión de siempre. *Med Segur Trab [Internet]*. 2009; 55(215):10-1.

<sup>65</sup> Ley 31/95, de 8 de noviembre. Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269/1995. (10 de noviembre de 1995).

<sup>66</sup> Real Decreto 39/97 de 17 de enero. Por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE núm. 27/1997. (31 de enero de 1997).

<sup>67</sup> Real Decreto 843/2011 de 17 de junio. Por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de los recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. BOE núm. 158/2011. (4 de julio de 2011).

<sup>68</sup> Arranz Alonso, S. Prevención de Riesgos Laborales en la Enfermería Neumológica. *Rev Patol Resp*. 2012; 15: 30-3.

<sup>69</sup> Ley 33/2011 .de 4 de octubre. General de Salud Pública. BOE, núm.240/2005.(5 de octubre de 2011).

<sup>70</sup> Arranz Alonso S, Carcedo Santos L. Metodología enfermera: una necesidad en salud laboral. RevTesela [Internet].2010[Citado: 1-12-2011];7:[aprox.2 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts7/ts0007.php>.

<sup>71</sup> Arranz Alonso S, Meneses Monroy A. Entrevista a Silvia Arranz Alonso y Alfonso Meneses Monroy, ganadores del premio-beca de investigación NANDA-I. Rev Enf Trab 2012; 11:263-6.

<sup>72</sup> Asociación Nacional de Especialistas en Enfermería del Trabajo. [Internet]; 2011 [Actualizado 15-11-2011; citado 1-12-2011]. Disponible en: <http://www.enfermeriadeltrabajo.com/>

<sup>73</sup> Carcedo Santos L, Arranz Alonso S. El papel de la enfermería en la prevención del asma laboral. XV Congreso de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica (Neumomadrid). Rev Pat Resp 2010;13(1):20.

<sup>74</sup> González Sánchez J. Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. Med Segur Trab (Internet) 2011; 57(222):15-22.

<sup>75</sup> McBain M. The changing role of occupational health: this year's model. J Occup Health 2006; (58):16-9.

<sup>76</sup> Carcedo Santos L, Arranz Alonso S. Proceso de atención de enfermería en el usuario de pantallas de visualización de datos: modelo de caso clínico. Revista Enfermería del Trabajo 2011; 1(2):41-6.

<sup>77</sup> González Sánchez J. Aplicación de la clasificación de intervenciones enfermeras en la salud laboral. Metas Enf. 2011; 14(2):53-7.

<sup>78</sup> Moreno Pimentel A, Meneses Monroy A, Hernández Martín M. Plan de cuidados en un paciente con asma laboral (III): paciente con incapacidad permanente total. Rev Enf Trab 2012;11:278-83.

<sup>79</sup> Álvarez S, Vaquero P. II Curso El Papel de la Enfermería Neumológica fuera de la hospitalización. 2012. Neumomadrid. Disponible en: [http://www.neumomadrid.org/descargas/curso\\_enfermeria.pdf](http://www.neumomadrid.org/descargas/curso_enfermeria.pdf)

<sup>80</sup> Wood A. School Nursing and Asthma: the relationship between evidence-based practice, best practice and individualized healthcare plans (dissertation).Virginia (VI): Univ Liberty;2009.

<sup>81</sup> Shinozaki E, Yamauchi T. Nursing competences for physical assessment of the respiratory system in Japan. Nurs and Health Sciences 2009;11:285-92.



---

<sup>82</sup> Perikala V, Irving L, Vella D, Dodgson K. Implementing a Respiratory Education Module (REM), bedside assessment and competencies in a ward based respiratory care unit. *Aus Nurs J* 2012;20(1):28-9.

<sup>83</sup> Giner Donaire J, Burgos Rincón F, Macián Gisbert V. La enfermería neumológica en nuestro país. *Rev. Inspiración* 2000;2:2.

<sup>84</sup> Macián Gisbert V, Sánchez Gómez E. Publicaciones de enfermería y fisioterapia respiratoria. *Arch Bronconeumol* 2011;47 (Supl.1):16-18.

<sup>85</sup> Wheeeldon A. Exploring nursing roles: using physical assessment in the respiratory nursing. *British J of Nurs* 2005;14(10):571-574.

<sup>86</sup> Heffline MS. A comparative study of pharmacological versus nursing interventions in the treatment of post anesthesia shivering. *J Post Anesth Nurs.* 1991;6(5):311-20

<sup>87</sup> Pereira de Melo R, Arrais Sampaio FA, Venicios de Oliveira Lopes M. Descripción de un caso: intervención de enfermería en un niño diagnosticado de limpieza ineficaz de las vías aéreas. *Enferm Clin* 2009;19(3):156-9.

<sup>88</sup> Separnews diciembre 2012 num. 274. Disponible en: <https://sites.google.com/a/separ.es/separnews/home/separnews274>

<sup>89</sup> Los enfermeros madrileños se actualizan en diagnósticos NANDA. En prensa: Publicación médica de neumología 2011;47. Disponible en: <http://neumologia.publicacionmedica.com/noticia/los-enfermeros-madrilenos-se-actualizan-en-diagnosticos-nanda>

<sup>90</sup> Pascoal LM et al. Estudio longitudinal de los diagnósticos de enfermería respiratorios en niños con infección respiratoria aguda. *Enf Clin* 2012;22(5):255-60.

<sup>91</sup> Welch L, Lippiet K, Radford K. Nursing model to deliver respiratory research. *Nursing Management* 2013;19(10):14-19.

<sup>92</sup> Miguel García A, Miguel Salinas F. Abordaje del tabaquismo: planes de cuidados de enfermería. *Nure Inv* 2009; 1-14.

<sup>93</sup> Prieto Martos A, Barambio Ruiz ME. Paciente hospitalizado por enfermedad respiratoria. *Inquietudes* 2010; 16(43):11-5.

---

<sup>94</sup> Armitage G. Nursing assessment and diagnosis of respiratory distress in infants by children's nurses. J Clin Nurs 1997;8:22-30.

<sup>95</sup> Arranz Alonso S, Meneses Monroy A, Vaquero Lozano P, Batanero A. Plan Estandarizado de Cuidados en trabajador expuesto a sílice (Riesgo silicosis). XVIII Congreso Neumomadrid. 2013.

<sup>96</sup> Sanchez Fernández MD, Rodríguez Rodríguez M. Efectividad de una intervención educativa individual y en grupo, en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Enf Clin 2003; 13(3):131-6.

<sup>97</sup> Programa formativo asignatura Enfermería Radiológica 2007/2008. Escuela Universitaria de Enfermería de Melilla. Universidad de Granada.

<sup>98</sup> Faus Ganbandé F, Hernández Mocha H. Aportación docente de los enfermeros/as en los servicios de diagnóstico por la imagen a la formación pre graduada de la enfermería. En Jornadas de Enfermería Radiológica de la Comunidad Valenciana. Alicante, España: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, CECOVA;2006.

<sup>99</sup> Kelly K. The changing image of radiology nursing. Canadian nurse 2013; 109(2):26-7.

<sup>100</sup> Powell J. An interventional radiology clinical rotation to enhance student learning. J Nurs Education 2007;46(10):47-69.

<sup>101</sup> Hama Y, Kusano S. Teaching radiology to military nursing students. Military Medicine 2005;170(8):713-4.

<sup>102</sup> Lunden M, Lundgren SM, Lepp M. The nurse radiographers' experience of meeting with patients during interventional radiology. Radiology Nurs 2012; 31(2):53-61.

<sup>103</sup> Goodhart J, Page J. Radiology nursing. Orthopaedic Nurs 2007;26(1):36-.

<sup>104</sup> Jiménez López FR. En: El proceso de enfermería en Radiología. En: Fernandez Sola, C. Enfermería Radiológica. Almería: Sistemas de oficina de Almería; 2005.

<sup>105</sup> De Souza Viegas L, Turrini RNT, Da Silva Bastos Cerullo JA. An analysis of nursing diagnoses for patients undergoing procedures in a Brazilian Interventional Radiology Suite. AORN J2010; 91(5):544-57.

<sup>106</sup> Pérez Robles F. Los planes de cuidados en enfermería radiológica. En Jornadas de Enfermería Radiológica de la Comunidad Valenciana. Alicante, España: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, CECOVA;2006.

<sup>107</sup> Cantos Venturini C, Climent Aragó F, Such Martínez MA, Bertomeu Ruiz JV, Calderón Reig R. Diez años de evolución de la enfermería radiológica en el hospital general universitario de Alicante. En XI Jornadas de Enfermería sobre trabajos científicos. Alicante, España: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, CECOVA;2005.

<sup>108</sup> Bertomeu Ruiz JV, Such Martínez MA, Cantos Venturini C, Alcaraz el Busto MJ, Bonmartí Giner A, Calderón Reig R. Hoja de enfermería radiológica. En XI Jornadas de Enfermería sobre trabajos científicos. Alicante, España: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, CECOVA;2005.

<sup>109</sup> Zarza-Arizmendi MD, Salcedo-Álvarez RA, González-Caamaño BC, Fajardo-Ortiz G, Sánchez-Ramos A, Nava-Galán MG. Propuestas de los adultos mayores atendidos en el INNN para mejorar la calidad de la atención de enfermería. *Enf Neurol (Mex)* 2010; 9(3):137-41.

<sup>110</sup> Nogales-Gaete J. Retrospective analysis of 450 patients with cerebrovascular disease admitted to a public hospital during 1997. *Rev. med. Chile* [on line] 2000; 128(11):1227-36.

<sup>111</sup> Rodríguez Hernández I. El paciente neuroquirúrgico grave. *Actuación de Enfermería. Enf Glob* 2011; 21:1-6.

<sup>112</sup> Barker E. *Neuroscience nursing: a spectrum of care*. St. Louis, Missouri: Mosby;2002.

<sup>113</sup> Silva Lemos C, Moura de Araujo MF, Figueiredo Carvalho ZM, Coelho Damasceno MM. Aprendiendo a cuidar de personas con lesión medular y alteraciones vesicales. *Rev. Educare* 2009; 31(4):1-8.

<sup>114</sup> Stevenson JL. What Is Orthopedic Nursing? *The American journal of nursing* 1939;39(1):11-17. <http://www.jstor.org/stable/3413249>

<sup>115</sup> Corella Calatayud JM, Más Vila T, Trragón Sayas MA, Corella Más JM. Enfermería y estomaterapia. *Enfermería Integral* [on line]2001; cuarto trimestre (59): aprox. 7 páginas. Disponible en:

<http://www.enfervalencia.org/ei/anteriores/master02.htm>

<sup>116</sup> Ramos Calero E. *Enfermería comunitaria: métodos y técnicas*. 2ª edición. Difusión Avances de Enfermería; 2002.

---

<sup>117</sup> Siles González J. Historia de la enfermería comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios. *Index de Enfermería* 1999; 24-31.

<sup>118</sup> De la Cuesta Benjumea C. Estrategias de futuro de la Enfermería en la Comunidad. *Metas de Enf* 2004; 7:60-3.

<sup>119</sup> Sánchez García O, Domínguez Rodríguez MC. Plan de cuidados de enfermería para el paciente en situación de Agonía en Atención Primaria. *Rev. ENE [Internet]*. 2010; 4(2): 71-82. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/134/117>

<sup>120</sup> Rivera JC, Parris KM. Use of NANDA-and NIC-Based Nursing Care Plans in Public Health Nursing Practice. *IJNT* 2002; 13(1):15-23.

<sup>121</sup> Villarejo Aguilar L, Pancorbo-Hidalgo PL. Diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones identificadas en ancianos pluripatológicos tras el alta hospitalaria. *Gerokomos* 2011; 22(4):152-61.

<sup>122</sup> Flores I, Boixander E. Nursing diagnosis in primary health care in an elderly population over the age of 65 years. *Enferm Clin* 1996; 6(6):242-8.

<sup>123</sup> Fraile Bravo M. Estandarización de la Metodología enfermera en Extremadura: Escribiendo la historia a propósito de una Guía de Cuidados. *ENE [Internet]*. abr.2010; 4(1):34-41. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/108/91>.

<sup>124</sup> Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *E Global [Internet]*.2010; 19:14. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200004&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000200004&script=sci_arttext)

<sup>125</sup> Brito Brito PR. El proceso enfermero en Atención Primaria (III): planificación. *Rev. ENE [Internet]*. Jul-ago 2008; 3: 1-10. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/174>

<sup>126</sup> Olson Keller L, Strohschein S, Lia-Hoagberg B, Schaffer M. Population-Based Public Health Nursing Interventions: A Model from practice. *Public Health Nurs* 2007; 15 (3):207-15.

<sup>127</sup> Blasco Mira JE, López Padrón A, Mengual Andrés S. Validación mediante método Delphi de un cuestionario para conocer las experiencias e interés hacia las actividades acuáticas con especial atención al windsurf. *Ágora para la ef y el deporte* 2010; 12(1):75-96.

<sup>128</sup> Alarcón Pariona T. Conocimiento de las enfermeras en áreas críticas sobre el manejo en la exposición accidental a riesgos biológicos en el Hospital de Emergencias Pediátricas 2013. Lima 2014; 64.

<sup>129</sup> Avilés Reinos L, Soto Núñez C. Modelos de enfermería en Unidades de Paciente Crítico: un paso hacia el cuidado avanzado. *Enf Glob* 2014; 34: 323-9.

<sup>130</sup> Santos Ruiz S, López Parra M, Várez Peláez S, Abril Sabater D. Propuesta de un modelo teórico para la práctica enfermera. *NURE Inv.* [Revista en Internet] 2010 Ene-Feb. [Fecha acceso: 10/05/2012]; 7 (44):[aprox 8 páginas]. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/promodenf.pdf](http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/promodenf.pdf)

<sup>131</sup> Brito Brito, PR. Relaciones conceptuales en el modelo enfermero basado en el modelo vital de Roper, Logan y Tierney. *Enf Glob* 2008; 12:1-6.

<sup>132</sup> Morales Valdivia E, Rubio Contreras AM, Ramírez Durán M. Metaparadigma y teorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. *Recién.* 2012; 4:10-27.

<sup>133</sup> Garzón Alarcón N. Ética profesional y teorías de enfermería. *Rev. Aquichán* 2005; 5(1):64-71.

<sup>134</sup> Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

<sup>135</sup> Canicali Primo C, Marabotti Costa Leite F, Costa Amorim MH, Helmer dos Santos S. Using International Classification for Nursing Practice in the care of women with mastectomy. *Acta Paul Enferm* 2010; 23(6):803-10.

<sup>136</sup> Nielsen GH, Mortensen RA. The architecture of ICNP: time for outcomes part I. *Int. Nurs. Rev.* 1997; 44(6):182-8.

<sup>137</sup> Román Cereto M et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enfermería Clínica.* 2005; 15(3):163-6.

<sup>138</sup> García Palacios R et al. Plan de cuidados personalizado la aplicando la taxonomía II NANDA, NIC, NOC. *Rev. Soc. Esp. Enf. Nefrol.* 2002; 18:69-72.

<sup>139</sup> Esteve Ortega M, García Mantas L, Marbá Más L, Pares Palom R, Baqué Calvo A, Conill Comas M, Espin Puerta A, Valvanera Sacristán Morales M. Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería según taxonomía NANDA, por Patrones Funcionales del Resident Assessment Instrument (RAI). *Educare21.* 2005; 5(3):6-12.

---

<sup>140</sup> Paganin A., Moraes M. A., Pokorski S. and Rabelo E. R. Factors That Inhibit the Use of Nursing Language. *Int J Nurs Term and Class*, 2008;19 (4):150–7.

<sup>141</sup> Torres MG, Pérez LM, Rangel M, Cristina Martínez HG, Landeros LM. Conocimientos básicos sobre el diagnóstico enfermero en estudiantes de enfermería del ciclo avanzado. *Rev Colombiana de Enfermería*. 2011;6:66-72.

<sup>142</sup> Hernández Ruipérez M, Sáez Soto A, Arellano Morata C. Influencia de un grupo de mejora en la implementación del lenguaje de NANDA. *Enf Global*. 2005;6:1-7.

<sup>143</sup> Cuesta Zambrana A (mod), Luis Rodrigo MT, González Carrión P, Germán Bes C, Coscollá Garcerá E, Benavent Garcés MA, Palomino Moral PA, Sales I Orts R, Guirao Goris JA. El Diagnóstico de Enfermería en España, ¿una realidad apreciable?. *Index de Enfermería [Index Enferm] [Revista en Internet]* 1995; [Fecha acceso: 22/08/2014]12-13. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/12-13/1423.php>.

<sup>144</sup> Brito Brito PR, De Armas Felipe JM, Crespo-Gómez A, Aguirre Jaime A. Factores asociados al incremento en el uso de la metodología enfermera en Atención Primaria. *Enf Glob* 2011; 24:189-99.